



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Sollte der Mensch das Recht haben über das Ende seines
Lebens frei bestimmen zu können?“

Pro- und Contra-Argumente für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe
und/oder der Beihilfe zum Suizid

Verfasserin

Mag. Jutta Mayr

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Dezember 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A296
Philosophie
Ao. Univ.-Prof. Dr. Kurt Walter Zeidler

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
1. Einleitung.....	7
2. Offene Fragen	13
3. Ethos und Ethik.....	17
4. Einige theoretische Ethikkonzepte.....	19
4.1. Deontologischer Ansatz - Kant.....	19
4.2. Diskursethik – Habermas und Karl-Otto Apel	20
4.3. Teleologischer (utilitaristischer) Ansatz.....	20
4.5. Der Ansatz des principlism – Beauchamp und Childress.....	22
4.6. Der Ansatz der aristotelisch-thomistischen Tradition	23
4.7. Recht und Ethik	24
5. Geschichte des Euthanasie-Begriffs	25
6. Angewandte Ethik.....	29
6.1. Allgemein.....	29
6.2. Methoden der angewandten Ethik	30
6.2.1 Top-down-Modell.....	30
6.2.2. Prinzipien der mittleren Reichweite	31
6.2.3. Bottom-up-Modell	37
6.2.4. Holistische Modelle	38
7. Medizinethik	39
7.1. Allgemein.....	39
7.2. Eid des Hippokrates	41
7.3. Genfer Deklaration des Weltärztebundes	42
7.4. Was heißt eigentlich Gesundheit?.....	43
7.5. Menschenwürde	43
7.6. Der klassische Konflikt im Arzt-/Patientenverhältnis - Wohl gegen Wille....	51
8. Arzt-Patienten- Beziehung.....	53
8.1. Paternalistisches Modell	53
8.2. Vertragsmodell.....	53
8.3. Partnerschaftlich-deliberatives Modell	54
9. Sterbehilfe.....	57
9.1. Das Sterben heute	57
9.2. Begriffsbestimmungen.....	58
9.2.1. Freiwillige, unfreiwillige und nicht-freiwillige Sterbehilfe.....	58
9.2.2. Beihilfe zur Selbsttötung/assistierter Suizid	61
9.2.3. Passive und aktive Sterbehilfe	62
9.2.3.1.Passive Sterbehilfe.....	62
9.2.3.2. Aktive Sterbehilfe	66
9.2.4. Direkte und indirekte Sterbehilfe.....	66
9.3. Patientenverfügung	71
10. Einige Standardargumente in der Literatur.....	74
10.1. Für die direkte aktive Sterbehilfe.....	74
10.1.1. Lebensverkürzung nach dem Willen und zum Wohl des Patienten	74
10.1.2. Wohltätigkeit und Selbstbestimmung	74
10.2. Gegen die direkte aktive Sterbehilfe.....	76
10.2.1. Verstoß gegen die „Heiligkeit des Lebens“	76
10.2.2. Verstoß gegen das Tötungsverbot.....	77
10.2.3. Vertrauensverlust	79
10.2.4. Nationalsozialismus	80

10.2.5. Dambruchargumente/Argumente der schiefen Ebene (slippery slope) ...	82
11. Die Rechtslage in einigen Ländern	87
11.1. Österreich	87
11.2. Bundesrepublik Deutschland.....	87
11.3. Schweiz	88
11.4. Niederlande	94
12. Positionen einiger Autoren.....	100
12.1. Robert Spaemann – als Gegner der Liberalisierung.....	100
12.2. Norbert Hoerster – als Befürworter der Liberalisierung	116
12.3. Dieter Birnbacher - als Befürworter der Liberalisierung	140
13. Sterbebegleitung – Hospizbewegung	147
14. Ethik der Mittelverteilung	149
15. Abschließende Bemerkungen.....	155
16. Literaturliste	158
Abstract	160
Lebenslauf	162

Vorwort

Darf der Mensch den Zeitpunkt seines Todes selbst wählen bzw. frei bestimmen und im Bedarfsfall die Hilfe eines Arztes in Anspruch nehmen?

Ich bin auf dieses Thema durch zwei Vorlesungen gestoßen, in denen diese Problematik allerdings nur angerissen wurde. Ich habe mich dann aus Interesse entschlossen, mich eingehender mit dieser Thematik zu beschäftigen und versucht, Rechtfertigungsgründe und Ablehnungsgründe zu finden, die für mich plausibel und nachvollziehbar sind und die, relativ ohne irgendwelche Ideologien, für oder gegen die Freigabe der direkten aktiven Sterbehilfe sprechen. Aufgrund meiner Lebenserfahrung kenne ich beide Möglichkeiten. Menschen, die friedlich eingeschlafen oder plötzlich gestorben sind, aber auch solche, die durch Krebs oder anderen schweren Krankheiten einen langen und leidvollen Sterbeprozess durchgemacht haben, bevor der Tod sie erlöst hat. Das „Dahinsiechen“ dieser Personen waren emotionale Erlebnisse, deren Bilder ich heute noch vor mir sehe und nicht vergessen kann. Ich habe aber auch das Leid in den Krankenhäusern, Pflegeheimen, in den Geriatriezentren, aber auch in Hospizeinrichtungen erlebt, in denen Menschen, wie überall in der heutigen Gesellschaft, nicht mehr als Individuen, sondern als Nummern geführt, unpersönlich behandelt und angesprochen werden. Auf der anderen Seite steht eine hohe Anzahl des Pflegepersonals und jener Personen, die aufgrund der Einsparungen keine Zeit mehr für die persönliche Betreuung haben. Offenkundig ist aber auch sehr oft die Hilflosigkeit der Ärzte, des Pflegepersonals und der Angehörigen gegenüber dem Umgang mit dem Tod zu sehen.

Aufgrund der sehr zahlreichen Literatur und der Überschneidung mit anderen Bereichen, wie beispielsweise der Medizin, der Ökonomie, des Rechts, der Soziologie und der Gesellschaft an sich, musste ich Einschränkungen vornehmen, sodass ich mich nur auf einige allgemeine Argumente pro und contra der Legalisierung der Sterbehilfe konzentrieren konnte. Mir ist vollkommen bewusst, dass in der vorliegenden Arbeit vieles widerspruchsvoll ist. Viele Aspekte, die auch in diese Thematik hineinspielen und zum besseren Verständnis dieser Diskussionen notwendig wären, konnten von mir aufgrund ihrer Vielschichtigkeit und hohen Informationsdichte nicht aufgenommen werden.

Daher habe ich mich in der Arbeit vor allem auf die Autoren Robert Spaemann, Norbert Hoerster und Dieter Birnbacher beschränkt, um anhand deren Argumente die Problematik dieses Themas aufzuzeigen. Meiner Meinung nach kann es hier keine für alle befriedigende Lösung geben, weil die Gegner und Befürworter auf ihren Positionen beharren und keiner bereit ist, einen Kompromiss zu suchen.

Ich möchte mich bei jenen Professoren bedanken, die mir aufgrund ihres Entgegenkommens ermöglicht haben, trotz meiner Berufstätigkeit, mein Studium in der vorgeschriebenen Zeit zu beenden. Und nicht zuletzt gilt mein Dank Prof. Kurt Zeidler und all jenen, die mich auf unterschiedlichster Weise beim Verfassen dieser Arbeit zusätzlich unterstützt haben, sei es durch ihre Diskussionen, Literaturhinweise und anderen Informationen.

Wien, im Dezember 2011

Jutta Mayr

Sollte der Mensch das Recht haben, über das Ende seines Lebens frei bestimmen zu können?

[...] ich will sie vor Schaden und Unrecht bewahren. Ich will weder irgend jemanden ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht einen Rat erteilen. [...].¹

Hippokratischer Eid

Wenn ich aber weiß, daß ich ohne Ende leiden muß, dann will ich nicht mehr leben; nicht des Leidens selbst wegen, sondern weil es mir bei all dem im Wege steht, was mir das Leben lebenswert macht.²

Seneca

1. Einleitung

Wie durch obige Zitate angedeutet, gibt es zu diesem Thema bereits eine lange philosophische Tradition mit unterschiedlichen Ansätzen.

Frägt man nun einen Menschen, wie er sich sein Sterben vorstellt, so wird meist die Antwort kommen, dass er ein menschenwürdiges Sterben möchte, kurz, frei von Leiden, ohne irgendwelche Abhängigkeiten, sei es jetzt von Ärzten, Pflegepersonal oder Maschinen, weiters ohne Schmerzen und dass der Sterbeprozess zu Hause in seiner vertrauten Umgebung, umgeben von seiner Familie, stattfinden sollte und nicht im Krankenhaus, im Pflegeheim oder in ähnlichen Einrichtungen.

Nur wie sieht das Sterben heute aus? Wie ist die Realität?

Ca. 80 % der Menschen sterben in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Hospizeinrichtungen. Die demographische Entwicklung zeigt, dass die Menschen immer älter werden, sodass chronische und andere Krankheiten auftreten, die in früheren Zeiten nicht oder nur höchst selten aufgetreten sind. Ein hauptsächlicher Grund für die Steigerung des Lebensalters ist der Fortschritt in der medizinischen Technik, eine bessere Diagnostik und dank dieser Technik und des wissenschaftlichen Fortschritts auch eine bessere medizinische Betreuung.

Die Gesellschaftsstrukturen haben sich verändert. Wir leben heute in einer Leistungsgesellschaft und es besteht die Tendenz, den Menschen nur mehr als

¹ Ludwig Edelstein, *Der Hippokratische Eid*, Zürich, Stuttgart 1969, 7-8.

² L. Annaeus Seneca, *Philosophische Schriften*, Band III, hg. von Manfred Rosenbach, Darmstadt 1974, 490.

Nutzenfaktor oder Kostenfaktor zu sehen. Was sind nun die Konsequenzen? Es gibt immer mehr alte, kranke und berufsunfähige Menschen. Andererseits kommt es aufgrund des leistungsorientierten Denkens zunehmend zu deren Ausgrenzung. Politiker sprechen von einer Explosion der Kosten im Gesundheitswesen und einer steigenden Belastung des Staatshaushaltes durch die Pensionsleistungen. Der Einfluss der Religionen ist gesunken, der Wertepluralismus, auch aufgrund der Interkulturalität, ist im letzten Jahrhundert gestiegen, der früher bestehende Familienverband wurde durch Kleinfamilien und Single-Haushalte abgelöst. Dadurch haben sich auch die traditionellen Sterbeszenarien verändert. In Folge der Vereinsamung vieler alter Menschen bleibt für eine wachsende Randgruppe nur das Warten auf den Tod.

Aufgrund dieser gesellschaftlichen, sozialen, ökonomischen, finanziellen und politischen Situation sowie des Wertewandels und der Überbetonung der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechts, durch die Rechtsordnung noch gefördert, werden in den letzten Jahren zunehmend Diskussionen darüber geführt, ob der Mensch das Recht haben soll sein Leben, wenn es für ihn nicht mehr lebenswert erscheint, freiwillig, mit Hilfe von Ärzten oder anderer Personen, beenden zu können.

Gegner und Befürworter der Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe und/oder der Beihilfe zum Suizid stehen einander kompromisslos gegenüber und eine sachliche Lösung ist in naher Zukunft nicht in Sicht. Das Problem liegt in der Thematik selbst, denn diese Debatten werden in der Literatur extrem emotional geführt, weil der Zugang zum Sterben und Tod einen persönlichen, also individuell sehr unterschiedlich bewerteten Bereich betrifft. Die differenten Werthaltungen und moralischen Vorstellungen, die Religionen und die nicht unproblematische Geschichte Österreichs und Deutschlands sind bei diesen Diskussionen zu berücksichtigen. Gerade die Praxis im Nationalsozialismus und die darauf aufbauenden Argumente für oder gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nehmen in den gegenwärtigen Diskussionen einen breiten Raum ein. Im Allgemeinen verwenden die Gegner und Befürworter dieselben oder ähnliche Argumente, interpretieren sie jedoch jeweils in ihrem Sinne.

Ein weiterer Grund für die immer radikaler geführten Auseinandersetzungen spielen auch die Medien, die Gerichtsprozesse zu dieser Thematik in hetzerischer Manier in der breiten Öffentlichkeit darlegen und auch noch durch Bilder der Betroffenen die

Bevölkerung in zwei Lager spalten. Es ist ja aufgrund von Meinungsumfragen ausreichend bekannt, dass nach solchen Medienberichten die Anzahl der Befürworter der aktiven Sterbehilfe steigt. Die Gerichte sind bei ihrer Urteilsfindung bei ähnlichen Sachverhalten ebenfalls nicht konsequent, sodass auch viele Ärzte eine gewisse Rechtsunsicherheit beklagen. Ein extrem wichtiger Punkt ist die ethische Rechtfertigung bzw. Begründung einer Legalisierung, mit der sich neben anderen die Medizinethik beschäftigt. Dazu schreibt Otfried Höffe in seinem Buch *„Medizin ohne Ethik“* sinngemäß: „Brauchen wir überhaupt eine Ethik in der Medizin oder wie viel Ethik verträgt die Medizin?“³ Jede gesetzliche Regel sollte die Moral einer Gesellschaft berücksichtigen, denn die Folge wäre die Nichtakzeptanz des Gesetzes durch die Bevölkerung.

Heute gibt es auf dem Markt zu diesem Themenkomplex eine Fülle von Literatur mit den unterschiedlichsten Kommentaren für oder gegen die Legalisierung der Sterbehilfe, sei es nun von Philosophen, Theologen, Wissenschaftlern, Medizinern, vom Pflegepersonal, von Soziologen und so weiter. Somit ist es sehr schwierig, sich über den letzten Stand, sowohl in der Rechtssprechung als auch in der gelebten Praxis, einen Überblick zu verschaffen. Erschwert wird diese Situation noch dadurch, dass die Sterbehilfe in den verschiedenen Ländern unterschiedlich geregelt ist. So ist in der Schweiz die Beihilfe zum Suizid unter bestimmten Bedingungen erlaubt. In den Niederlanden ist die direkte aktive Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen und in Deutschland die Beihilfe zum Suizid in jener Form zugelassen, die eine Verschreibung und Aushändigung tödlicher Medikamente ermöglicht, der Arzt jedoch bei der Einnahme des Medikamentes durch den Betroffenen nicht anwesend sein darf, sonst würde er sich der unterlassenen Hilfeleistung oder der Körperverletzung schuldig machen. In den Debatten werden diese unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern und die daraus resultierende Praxis sehr oft als Argumentationsgrundlage herangezogen. Beispielsweise verweisen Befürworter wie Hoerster auf das gelungene Modell in den Niederlanden und sehen keinen Zusammenhang mit den Praktiken im Nationalsozialismus. Die Gegner wiederum berufen sich auf diese nicht gewollte Entwicklung, denn dort werden bereits nicht einwilligungsfähige Patienten, psychisch

³ Otfried Höffe, *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt am Main 2002.

Kranke, Behinderte oder sogar nur lebensmüde Personen getötet. Spaemann sieht in dieser Entwicklung genau den Bezug zu den Praktiken im Nationalsozialismus realisiert.

Anhand der beiden Extrempositionen von Spaemann und Hoerster und der vermittelnden Position von Birnbacher werden einige Punkte zu dieser Debatte angeführt, sodass sich hier auch gut zeigen lässt, dass es keine für alle befriedigende Lösung geben kann.

Ein spezifisches, aus der Rechtslage in Deutschland resultierendes Problem, besteht darin, dass im Grundgesetz im Artikel I sowohl der Begriff der Menschenwürde, als auch der Hinweis darauf, dass das Leben unantastbar ist, festgehalten ist. In fast jedem Buch, mit dem ich mich beschäftigt habe, geht es zu Beginn um die Auslegungsthematik der Begriffe Menschenwürde und der Unantastbarkeit des Lebens. Auch Hoerster beginnt sein Buch *„Sterbehilfe im säkularen Staat“* mit diesem Themenbereich. Weiters bauen sehr viele Argumente in Deutschland und auch Österreich auf diesen Bezug auf.

Ziel meiner Arbeit soll es nun sein, einige allgemeine Argumente vorzustellen, die für die Legalisierung bzw. gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe und/oder der Beihilfe zum Suizid ausgelegt werden können. Ferner ist auf die Problematik der Missbrauchs- und Irrtumsgefahr und der damit verbundenen Irreversibilität einzugehen. Ich werde auch meine Gedankengänge darlegen, die mich dazu bewogen haben, die Sterbehilfe grundsätzlich abzulehnen. Es gibt zugegebenermaßen allerdings durchaus Einzelfälle, die, moralisch gesehen, sogar die aktive Sterbehilfe geboten erscheinen lassen.

Diese Auseinandersetzung erfolgt zum Großteil losgelöst von der unterschiedlichen Rechtslage in den einzelnen Ländern, sowie den differierenden Argumentationen im Zusammenhang mit dem Würdebegriff. Zu beachten ist ferner die unterschiedliche rechtliche und moralische Bewertung des Selbstmords an sich in den einzelnen Ländern, die auch Folgen für die Bewertung der Sterbehilfe hat. Auf diese Thematik wird hier bewusst nicht direkt eingegangen, denn das würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten. Ein weiteres Beispiel sind alleine die zahlreichen Diskussionen in der Literatur, warum die Beihilfe zum selbstbestimmten Tod in Deutschland differenziert

geregelt ist und die Frage, wie diese verschiedenen Rechtsfolgen sowohl rechtlich als auch ethisch zu begründen sind.

Bei der Ausarbeitung habe ich mich vor allem näher mit drei Autoren beschäftigt, auf die ich während des Lesens der zahlreichen Literatur immer wieder gestoßen bin. Spaemann und Hoerster stellen die zwei extremen Positionen in dieser Diskussion dar. Birnbacher bietet eine mögliche Mittellösung an. Es wurden daher besonders folgende Bücher ausgewählt:

- Robert Spaemann / Thomas Fuchs: *„Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht“*⁴
- Norbert Hoerster: *„Sterbehilfe im säkularen Staat“*⁵
- Dieter Birnbacher: *„Sterbehilfe – eine philosophische Sicht“*⁶
*„Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe“*⁷
*„Tun und Unterlassen“*⁸

Zu Beginn der Arbeit sollen noch kurz einige theoretische Begriffe und theoretische Ethikkonzepte vorgestellt werden, die vor allem für die Medizinethik sehr relevant sind, weiters wird ein kurzer Überblick über die Geschichte des Euthanasie-Begriffs, der angewandten Ethik sowie der Medizinethik gegeben, bevor dann auf die eigentliche Thematik der Sterbehilfe eingegangen wird. Dann folgt ein kurzer Überblick über die unterschiedlichen Regelungen in einigen Ländern, wobei vor allem die Praxis in den Niederlanden und in der Schweiz darzustellen ist. Weiters werden einige allgemeine Argumente aufgezeigt, die sowohl für als auch gegen die aktive Sterbehilfe vorgebracht werden. Sodann erfolgt eine Gegenüberstellung der Positionen von Spaemann, Hoerster und Birnbacher und einige Anmerkungen zur Hospizbewegung und Palliativmedizin. Die Problematik der Ethik der Mittelverteilung, also die Gerechtigkeitsthematik, bildet den Abschluss der Arbeit.

⁴ Robert Spaemann, Thomas Fuchs, *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*, Freiburg, Basel, Wien 1997.

⁵ Norbert Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, Frankfurt am Main 1998.

⁶ Dieter Birnbacher, „Sterbehilfe – eine philosophische Sicht“, in: *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*, hg. von Felix Thiele, München 2005.

⁷ Dieter Birnbacher, „Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?“, in: *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?* hg. von Franz-Josef Illhardt, Hermann Wolfgang Heiß, u.a., Stuttgart, New York 1998.

⁸ Dieter Birnbacher, *Tun und Unterlassen*, Stuttgart 1995.

Es geht also um die Frage:

Darf der Mensch den Zeitpunkt seines Todes selbst wählen bzw. frei bestimmen und steht ihm im Bedarfsfall ärztliche Hilfe zur Verfügung?

2. Offene Fragen

Zunächst sei nur das breite Spektrum an offenen Fragen zum Thema Sterbehilfe in den Raum gestellt.

Ist das Töten auf Verlangen eine Antwort auf unsere heutigen sozialen, gesellschaftlichen und ökonomischen Probleme?

Ist es eine Antwort auf die stetige Steigerung des Anteils an Alten, Kranken, Behinderten und Pflegebedürftigen, also den sozial schwächeren Personen, die keinen Nutzen mehr für das Bruttonationalprodukt bringen?

Ist dies in der heutigen Gesellschaft, die nur mehr als Leistungsgesellschaft konzipiert ist, bei der diese Gruppe nur mehr als Kostenfaktor angesehen wird, nicht ohnehin erwünscht?

Diese Fragen scheinen mir nicht unbegründet zu sein, weil, wie erwähnt, aufgrund der Überalterung der Bevölkerung und der damit verbundenen Explosion der Kosten im Gesundheitswesen die Aufbringung der notwendigen Mittel sich als schwierig erweist.

Kann sich der Staat bzw. die Gesellschaft diese Gruppe von Menschen überhaupt noch leisten? Der Zweipersonenvertrag ist obsolet geworden, immer mehr Alten steht ein geringerer Anteil von Erwerbstätigen gegenüber. Bei der Knappheit der Ressourcen wird auch der Konkurrenzkampf immer härter, sodass der Konflikt zwischen den Erwerbstätigen und den Nichterwerbstätigen in den letzten Jahren immer mehr steigt. Die Politiker fördern gerade durch ihre Debatten in den Medien dieses Konkurrenzdenken. Hier würden die Gegner der Sterbehilfe sagen, solche Personengruppen wären vor dieser Entwicklung zu schützen.

Oder eine andere Frage lautet:

Besteht nicht eine reelle Gefahr, dass bei einer Legalisierung dieses Tötens der Personenkreis in der Praxis von Schwerkranken auf psychisch Kranke, Behinderte und chronisch Kranke, sowie auf alte und unproduktive Menschen ausgedehnt wird? Die Praxis sowohl in den Niederlanden als auch in der Schweiz, sowie einzelne Gerichtsurteile in Deutschland und Österreich zeigen diese Tendenz.

Daraus ergibt sich dann die nächste Frage:

Ist das Töten in unserer Gesellschaft wirklich der einzige Ausweg, um einen schwerkranken Menschen ein humanes Sterben zu ermöglichen?

Gibt es vielleicht eine Alternative zur Legalisierung der Sterbehilfe?

Ist die Schmerztherapie so weit fortgeschritten, dass Patienten nicht diese unerträglichen Schmerzen und andere Begleitzustände einer Krankheit erleiden müssen?

Diese werden ja als ein Hauptargument für die Legalisierung der Sterbehilfe herangezogen. In diesem Zusammenhang werden die Palliativmedizin und die Hospizbewegung angesprochen.

Es ist überhaupt generell zu hinterfragen, ob es wirklich ein gutes Sterben gibt, denn Spaemann beispielsweise negiert dieses.

Muss eine Behandlung um jeden Preis, ohne Rücksicht auf die Schwere der Krankheit und den Erfolgsaussichten, immer von den Ärzten durchgeführt werden?

Auf der einen Seite steht die Einstellung aufgrund des Berufsethos vieler Ärzte sich als Heiler und Helfer von Krankheiten und Schmerzen und nicht als Sterbebegleiter zu sehen. Diese ist durch ein aktives Tun und nicht durch ein Sterbenlassen bzw. Unterlassen einer weiteren Maßnahme gekennzeichnet. Wenn sie nun Sterbehilfe leisten oder Menschen einfach sterben lassen sollen, kommen sie sehr oft mit ihren eigenen moralischen Werten in Widerspruch. Daher lehnen viele Ärzte die Sterbehilfe ab und haben ein Problem mit der Sterbebegleitung.

Welche negativen Auswirkungen hat die steigende Technisierung?

Aufgrund der fortgeschrittenen Diagnostik können heute viele Krankheiten geheilt oder zumindest behandelt werden. Die Folge ist, dass kranke Menschen, die früher auf natürlichem Weg gestorben sind, durch diese neuen medizinischen Möglichkeiten in Krankenhäusern wochenlang künstlich am Leben erhalten werden, aber für die Betroffenen selbst kein sinnvolles Leben mehr zu erwarten ist.

Diese beiden Faktoren, die Einstellung der Ärzte und die Technisierung, bilden die Grundlage dafür, dass der natürliche Sterbeprozess durch eine künstliche Lebensverlängerung um jeden Preis ersetzt wird.

Die Fragen die sich daraus ergeben sind:

Ist dieses Leben noch menschenwürdig oder sinnvoll, wenn man nur noch durch Maschinen am Leben erhalten wird?

Muss der Arzt wirklich alles tun, was aufgrund der Technik machbar ist?

Muss er seine eigene moralische Einstellung und sein Selbstverständnis dem Arztberuf gegenüber ändern?

Kann ein Arzt zur Sterbehilfe gezwungen werden?

Wie lange kann sich die Gesellschaft diese Intensivmedizin und Forschung an rechtlich und moralisch bedenklichen Projekten noch leisten?

Es wird bereits die Forderung erhoben, den Einsatz dieser Intensivmedizin zu beschränken und wieder den natürlichen Sterbeprozess zuzulassen. Abgesehen vom zusätzlichen Leid für die Patienten, die diese Intensivmedizin immer mehr ablehnen, und den dafür aufzuwendenden Kosten, stehen aber auch oft ökonomische und politische Interessen oder Forschungsaufträge für diese Vorgangsweise im Vordergrund, um sich beispielsweise auch innerhalb anderer Länder behaupten zu können. Weiters müssen Medikamente vor der Zulassung getestet und neue Therapieformen an Menschen ausprobiert werden. Als Testpersonen fungieren sehr oft kranke und alte Menschen, die nicht einmal wissen, dass Experimente an ihnen durchgeführt werden.

Was versteht man unter Freiwilligkeit?

Es ist extrem umstritten, welche Anforderungen an den Begriff der Freiwilligkeit zu stellen sind und wann eine freiwillige, mutmaßliche oder keine Einwilligung seitens des Patienten vorliegt. Wo liegt die Grenze zur Unfreiwilligkeit?

Welche Rolle spielt der Autonomiegedanke?

Der Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung bestimmt heute unsere Gesellschaft. Viele Menschen wollen sowohl ihr Leben als auch das Lebensende eigenverantwortlich und frei bestimmen. Es ist sowohl von der rechtlichen als auch moralischen Seite bereits anerkannt, dass jeder Volljährige eine konkrete Behandlung ablehnen kann, wenn er sich nicht behandeln lassen möchte, auch dann, wenn die Verweigerung den vorzeitigen Tod verursachen würde. Die Nichtakzeptanz einer Therapie kann mehrere Ursachen haben, sei es die Angst vor dem Ausgeliefertsein, die Abhängigkeit und der Druck von Verwandten, der Gesellschaft, von Ärzten, Pflegern

und von Maschinen. Eine Lösung könnte hier die Patientenverfügung sein, die allerdings bei ihrer Verwendung zahlreiche Probleme aufwirft. Dieser Autonomiegedanken spielt auch in der Beziehung zwischen Arzt und Patient eine wichtige Rolle.

Welche Probleme wirft die Anwendung einer Patientenverfügung auf?

Unter welchen Bedingungen sind die Ärzte gesetzlich verpflichtet die Patientenverfügung im Bedarfsfall zu berücksichtigen?

In diesem Zusammenhang geht es vor allem um die Frage der Identität des Willens zur Zeit der Abfassung des Dokumentes und zur Zeit des Anlassfalls und inwieweit sie bei der Nichteinhaltung der rechtlichen Voraussetzungen für ihre Gültigkeit doch zu berücksichtigen ist.

Ich habe hier nur einige Aspekte angerissen, mit denen ich mich im Laufe meiner Arbeit näher beschäftigen werde. Aber genau diese Widersprüchlichkeit, die Hochstilisierung des Autonomiegedankens auf der einen Seite und die noch immer vorherrschende paternalistische Praxis der Ärzte auf der anderen Seite, die Grauzone der Sterbehilfe im Alltag, der grundsätzliche Umgang der Gesellschaft mit Alten und Schwerkranken sowie die Verflechtung von individuellen mit gesellschaftlichen, ökonomische und politische Interessen, machen es schwierig, hier eine Ansatzmöglichkeit für eine sachliche Lösung zu finden.

3. Ethos und Ethik

Was versteht man eigentlich unter Ethik und Moral. Ich habe hier die Definition von Günther Pöltner gewählt, wie ich sie in seinem Buch „*Grundkurs Medizin-Ethik*“ gefunden habe.

Ethos (griech. ETHOS = Gewohnheit, Charakter, Sitte) oder Moral (lat. Mos = Sitte) bedeutet eine durch ein gewisses Maß an Reflexion gekennzeichnete konkret-geschichtliche Form sittlich bestimmten menschlichen Miteinanderlebens – die gelebte sittliche Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft, Epoche. Es umfasst einen der individuellen Willkür entzogenen Bestand von Handlungsregeln, Grundhaltungen, Wertmaßstäben, Sinnvorstellungen sowie Institutionen und bildet so einen normativen Rahmen für das Verhalten des Menschen zu seinesgleichen, zu sich selbst und zur Welt.⁹

Der Inhalt zielt auf ein gelingendes Leben ab und gibt somit Orientierung für die Praxis. Aufgrund seiner geschichtlichen Entwicklung ist das Ethos natürlich einem gewissen Wandel unterworfen. Allerdings hat es nur solange normative Bedeutung, solange diese Werte, Regeln und Traditionen von den Mitgliedern einer Gesellschaft akzeptiert und getragen werden. Neben dem gesellschaftlichen Ethos gibt es das gruppenspezifische Ethos, das die Basis für eine gesellschaftliche Gruppe oder einen Berufsstand (Berufsethos, Standesethos) bildet. Weiters ist noch das subjektive Ethos, also die Grundeinstellung des einzelnen Individuums, zu erwähnen.

Ethik (griech. ETHIKE EPISTEME) ist demgegenüber die *philosophische Wissenschaft des Ethos*. [...] Ethik ist die *methodisch-kritische Reflexion* auf das menschliche Handeln unter der Fragehinsicht der Differenz von gut und böse. [...] Ethik geht es um allgemeinverbindliches praktisches, d.h. handlungsanleitendes Wissen und dessen rationale Begründung. Sie prüft die Gründe des Handelns, ob sie gute, d.h. verantwortbare Gründe sind oder nicht. [...] Ethik ist keine theoretische, sondern eine sittlich-praktische Disziplin, deren Ziel, wie Aristoteles formuliert, „nicht die Erkenntnis, sondern das Handeln ist“.¹⁰ (Nik. Eth. I, 1095a)

Ethik und Ethos bedingen einander. Die Ethik steht „[...] zum Ethos in *kritischer Distanz*. Sie thematisiert und prüft die im gelebten Ethos bereits wirksamen Prinzipien, Kriterien und Normen. Als *kritisch-prüfende Reflexion* des Ethos ist sie dessen Vertiefung und Verwandlung.“¹¹

⁹ Günther Pöltner, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien 2006, 17.

¹⁰ Ebd., 17-18.

¹¹ Ebd., 20.

„Moral“ ist eine Menge von Normen, also Prinzipien, Regeln und Tugenden, die das Verhalten von Menschen und deren Einstellungen zu anderen und zur Umwelt leiten.“¹²

Laut Pauer-Studer umfasst der Gegenstandsbereich der Moral unter anderen:

„Es geht um Verletzbarkeit, Schmerz, Leid, Ungleichbehandlung und Unterdrückung, Hilflosigkeit, Bedürftigkeit, Abhängigkeit, Marginalisierung, Ausgrenzung, Abwertung, Entwürdigung, Willkürlichkeit und Parteilichkeit.“¹³

¹² Herlinde Pauer-Studer, *Einführung in die Ethik*, Wien 2010, 12.

¹³ Ebd.

4. Einige theoretische Ethikkonzepte

4.1. Deontologischer Ansatz - Kant

„Eine *deontologische* Ethik (griech. TO DEON = das Gesollte) beurteilt die Sittlichkeit einer Handlung einzig danach, ob sie einem anerkannten moralischen Prinzip entspricht, gleichgültig, welche Folgen die Handlung hat.“¹⁴ Dass heißt, dass hier bei der moralischen Bewertung ausschließlich auf die Handlung abgestellt wird.

Die bekannteste Theorie ist KANT'S Pflichtenethik, also das Handeln aus Pflicht. Hier geht es um die Universalisierung unserer subjektiven und individuellen Handlungsregeln zur Bewertung einer Handlung als moralisch. Diese subjektiven Handlungsregeln werden Maximen genannt. Die formale Seite ist das Verallgemeinerungsverfahren oder das Universalisierungsprinzip. Jeder Einzelne ist nun verpflichtet seine subjektiven Maximen auf ihre Verallgemeinerungsfähigkeit zu überprüfen. Sittlich ist eine Handlung dann, wenn sie aus Pflicht geschieht. Ich muss also prüfen, ob ich wollen kann, dass jeder der in meiner Situation ist, auch nach dieser Maxime handelt. Kant geht hier von der gesunden Vernunft aus und stellt beim kategorischen Imperativ auf ein formales Prinzip ab, das durch die Maximen mit Inhalt gefüllt wird.

Der oberste moralische Grundsatz (= kategorischer Imperativ) lautet:

„[...] handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde.“¹⁵

Kant geht davon aus, dass jeder Mensch seine Handlungsregeln oder subjektiven Grundsätze (Maximen) hat, die mit Hilfe des kategorischen Imperativs auf ihre Moralität zu hinterfragen sind.

Dieser Ansatz der Universalisierbarkeit ist in der gegenwärtigen Medizin-Ethik allgemein anerkannt und bezieht sich nicht nur auf Handlungsregeln, sondern auch auf Interessen. Kritisch wird jedoch gesehen, dass diesem Ansatz die inhaltliche

¹⁴ Pöltner, *Medizin-Ethik*, 38.

¹⁵ Immanuel Kant, *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: Werkausgabe Band VII, hg. von Wilhelm Weischedel, Frankfurt am Main 1974, BA 52.

Begründbarkeit von Kriterien und Regeln fehlt. Es bleibt auch im Gegensatz zum Utilitarismus ungeklärt, ob die Handlungsfolgen bei der Beurteilung der Sittlichkeit einer Handlung moralisch zu rechtfertigen sind. Ein in diesem Zusammenhang viel diskutiertes Beispiel ist das Lügenverbot.

Wichtiger als die oben genannte Formel ist jedoch in der Medizin die Selbstzweckformel, das heißt es gilt dort ausschließlich das Instrumentalisierungsverbot. Dieses Instrumentalisierungsverbot ist auch in sehr vielen rechtlichen Regelungen zu finden. Es lautet:

Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.¹⁶

Zweck bedeutet hier Zweck an sich selbst. Kant spricht an einer anderen Stelle vom inneren Wert, der Würde, die vom Markt-Wert zu unterscheiden ist. Somit erfolgt eine ethische Güterabwägung nicht aufgrund von Nützlichkeitserwägungen, sondern mit Blick auf die Würde des Menschen.

4.2. Diskursethik – Habermas und Karl-Otto Apel

Das diskursethische Moralprinzip lautet:

Eine Handlung ist dann als sittlich zu bezeichnen, wenn sie einer Regel folgt, auf die sich vernünftige Teilnehmer in einem herrschaftsfreien Diskurs einigen würden. Hier geht es um eine beschränkte Anzahl von Personen, die nach bestimmten Vorgaben eine Lösung zu einem Problem finden sollen und für diese gemeinsam gefundene Lösung die Verantwortung tragen. Auch dieser Ansatz ist in der Medizin sehr weit verbreitet, allerdings ist der Diskurs nur bei kleineren Gruppen zielführend (siehe Punkt 6.2.2.).

4.3. Teleologischer (utilitaristischer) Ansatz

Eine teleologische Ethik (griech. TELOS = Zweck, Ziel) beurteilt die Sittlichkeit einer Handlung ausschließlich nach ihren Folgen (Konsequenzprinzip).

Es geht hier um das Streben des Menschen nach Wohlergehen. Maßstab ist der Nutzen, der aufgrund der Handlung eintritt. Hier steht die Befriedigung bzw. die Erfüllung der menschlichen Bedürfnisse im Vordergrund, also das allgemeine Wohlergehen

¹⁶ Kant, *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 67.

(Sozialprinzip). Im klassischen Utilitarismus von Bentham oder Mill wird bereits eine andere Position vertreten, er versteht unter Wohl die Steigerung der Lust oder des Glücks, unabhängig davon wie man diese Begriffe nun definiert, und die Reduktion bzw. Vermeidung von Schmerz und Leid. Eine Handlung ist nach dem Prinzip der Nützlichkeit sittlich geboten.

Sein oberster Grundsatz lautet: Es soll das größtmögliche Glück der größtmöglichen Zahl gewährleistet sein.

Auch der utilitaristische Ansatz ist in der Medizin sehr weit verbreitet.

Im Zusammenhang mit dem Utilitarismus ist auch zu erwähnen, dass diese Sichtweise früher keine eigene Theorie in der Ethik war, sondern es gab in England eine utilitaristische Bewegung, beispielsweise war Bentham ein Sozialreformer und auch Mill war als Politiker tätig. Sie haben unter anderen dafür gekämpft, dass Frauen ein Stimmrecht bekommen. Zunächst war der Utilitarismus also eine politische Bewegung.

Beim Präferenzutilitarismus geht es um die Interessen und Präferenzen der Betroffenen und hier wird als Minimalkriterium auf die Leidensfähigkeit abgestellt. Diese Leidensfähigkeit bezieht sich laut Singer¹⁷ nicht nur auf Menschen sondern auch auf andere Lebewesen (Speziesvorwurf). Sittlich ist eine Handlung dann, wenn sie mit den Präferenzen oder Interessen der Betroffenen übereinstimmt. Allerdings gibt es beim Utilitarismus sehr verschiedene Ansätze und unterschiedliche Interpretationen, sodass hier ebenfalls differente Lösungen zu Diskussionen führen.

Da bei diesem Ansatz ausschließlich auf die Folgen einer sittlichen Handlung abgestellt wird, können empirische Erkenntnisse bei der Güterabwägung berücksichtigt werden. Als Problem, neben der Kritik, dass nur auf die Folgen abgestellt wird, wird auch gesehen, dass die Gerechtigkeitsthematik ausschließlich am Gesamtnutzen bewertet wird. In diesem Zusammenhang spielen die einzelnen unverletzlichen individuellen Rechte, die durch die Verfassung oder die Menschenrechte garantiert werden, keine Rolle mehr, d.h., dass das Recht auf Leben, Gesundheit, Freiheit usw. aufgrund dieses Ansatzes verletzt werden könnte, weil der Gesamtnutzen im Vordergrund steht.

¹⁷ Peter Singer, *Praktische Ethik*, Stuttgart 1994, 128 ff.

Ein weiteres Problem ist die Bewertungsfrage. Wie lassen sich Lust und Glück quantifizieren? Beim Präferenzutilitarismus stellt sich das Abwägungsproblem von Interessen. Welche Interessen müssen berücksichtigt werden und welche können unberücksichtigt bleiben? Hier bräuchten wir allgemeine Wertmaßstäbe und Vorrangsregeln, die es aber derzeit nicht gibt und daraus resultieren die unterschiedlichen Ergebnisse bei gleichen und ähnlichen Sachverhalten. Dieses Problem gilt auch für den nun kommenden Punkt.

4.5. Der Ansatz des principlism – Beauchamp und Childress

Dieser Ansatz kommt aus der in den USA sehr einflussreichen biomedizinischen Ethik von Beauchamp und Childress.¹⁸

Ausgangspunkt sind die 4 Prinzipien erster Ordnung:

- 1) Selbstbestimmung
- 2) Schadensvermeidung
- 3) Fürsorgepflicht
- 4) Gerechtigkeit

Hier geht man davon aus, dass diese Prinzipien trotz der unterschiedlichen Ethosformen, religiösen und kulturellen Traditionen in der Gesellschaft grundsätzlich anerkannt werden. Ihre Geltung ist unabhängig von den Supertheorien (siehe Punkt 6.2.2.).

„Die Prinzipien erster Ordnung werden ergänzt durch Prinzipien zweiter Ordnung:

- a) Regeln der Wahrhaftigkeit, der Wahrung der Privatsphäre, der Schweigepflicht und der Vertrauenswürdigkeit, sowie
- b) eine berufsbezogene Tugendethik (Leitbilder und Grundeinstellungen enthaltend).“¹⁹

„Der Vorteil dieses Ansatzes [vgl. Quante; Vieth, (2000)] liegt im Ausgang von Prinzipien, deren Geltung von einem übergeordneten ethischen Theorienkontext unabhängig ist, und in der Beurteilung des Einzelfalles in Form eines rationalen Diskurses.“²⁰

¹⁸ Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford 1994, 1 ff.

¹⁹ Pöltner, *Medizin-Ethik*, 44.

²⁰ Ebd.

Der Nachteil liegt darin, dass diese Prinzipien im Konfliktfall keine Rangordnung und Gewichtung, also keine Vorrangs- und Gewichtungsregelungen beinhalten, das heißt, dass im Konfliktfall der einzelnen Prinzipien entweder wieder subjektiv entschieden werden muss oder dann doch wieder die übergeordneten Theorieansätze als Begründung ins Spiel kommen, die ja durch diesen Ansatz vermieden werden sollten. Es fehlt die Begründbarkeit dieser Prinzipien, die nur die herrschende Moral widerspiegeln. Utilitaristen und Deontologen gewichten die Prinzipien bei Widersprüchen unterschiedlich und das führt zu den unterschiedlichen Ergebnissen.

Birnbacher schreibt dazu:

Erhalten nicht dadurch, daß die Ethik im rekonstruktiven Modell nicht mehr nach den *Gründen* der vorherrschenden Prinzipien fragt und diese somit einer kritischen Prüfung entzieht, diese Prinzipien eine durch nichts begründete Vorrangstellung? Wird nicht einer letztlich historisch kontingenten Gestalt von Moral per Methodenentscheid eine durch nichts ausgewiesene Autorität zugesprochen?²¹

4.6. Der Ansatz der aristotelisch-thomistischen Tradition

Für die Bewertung der Sittlichkeit einer Handlung werden alle Strukturmomente einer Handlung, wie das Ziel und die Mittel, die Absicht und die Umstände und Handlungsfolgen herangezogen. Somit muss eine Handlung situationsgerecht, den konkreten Umständen entsprechend angepasst sein und ihre Folgen müssen verantwortbar sein. Eine Handlung ist also gut, wenn alle ihre Elemente gut sind. Dieser Ansatz spielt auch in der Medizinethik eine große Rolle, weil er alle Elemente (Strukturganzheit) einer konkreten Handlung berücksichtigt.

Allerdings ist hervorzuheben, dass heute, aufgrund eines gesellschaftlichen Wertepluralismus, diese einzelnen umfassenden Theorien, bzw. Supertheorien nur mehr bedingt angewendet werden können. Sie gelten nicht mehr absolut und sind auch keine Autoritäten mehr. Man greift zwar in Diskussionen auf dieses Gedankengut zurück, aber es fließen bei der Suche nach konkreten Lösungen in der Praxis immer mehr Erfahrungswerte ein, hier sind beispielsweise die holistischen Modelle zu nennen.

²¹ Dieter Birnbacher, „Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?“, in: *Herausforderung der Bioethik*, hg. von J. S. Ach, A. Gaidt, Stuttgart, Bad Cannstatt 1993, 60.

Was versteht man nun unter einer pluralistischen Gesellschaft?

Darunter versteht man die unterschiedlichen Welt- und Wertorientierungen der Bevölkerung einer Gesellschaft, die das soziale, gesellschaftspolitische und rechtliche Leben bestimmen und die einander im Idealfall gleichberechtigt gegenüber stehen sollten. Aufgrund dieser Situation gibt es kein Gesamtethos mehr auf das sich die Bevölkerung beziehen kann und das als allgemein verbindlich gilt. Es gibt somit eine Pluralität von Ethosformen.

4.7. Recht und Ethik

Aufgrund dieses Pluralismus der Ethosformen und Werthaltungen spielen rechtliche Regelungen eine immer wichtigere Rolle. Allerdings kann das Recht nicht alle ethischen Probleme lösen, doch soll die Ethik in das Recht einfließen. Damit rechtliche Regelungen von der Bevölkerung akzeptiert werden, sollen sie auch moralisch fundiert sein.

Das Verhältnis von Recht und Ethik:

Sie sind beide normative Wissenschaften. Sie fragen wie gehandelt werden soll. Das Recht regelt auch die Sanktionen, die Ethik hat grundsätzlich keine Sanktionen, allerdings sind auch soziale Repressionen zu berücksichtigen. Hier spielt vor allem das Gewissen des Einzelnen eine große Rolle. Der Ausspruch, dass nicht alles moralisch, was rechtlich erlaubt ist, ist bekannt. Denn nicht alles was rechtlich erlaubt ist, ist seitens der Ethik zu billigen. Das Problem in diesem Zusammenhang zeigt sich bereits darin, dass es immer mehr zu einer Verrechtlichung des medizinischen Handelns kommt. Die Folge ist die Defensivmedizin, um keine rechtlichen Konsequenzen fürchten zu müssen. Wie gesagt, benötigt das Recht als Fundierung die Ethik, wenn Gesetze gerecht sein sollen. Gerade bei neuen medizinischen Handlungsmöglichkeiten ist es bei rechtlichen Regelungen notwendig die ethischen Überzeugungen und Werte einer Gesellschaft zu berücksichtigen. Allerdings besteht auch die Gefahr, und das kommt leider in unserer Rechtsordnung sehr oft vor, dass unregelte Handlungen, die bereits in der Praxis angewendet und auch von der Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert werden, im Nachhinein einfach rechtlich geregelt werden, ohne den Ethikbezug ausreichend zu beachten. Hier ist beispielsweise auf die Vorgeschichte bis zur Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden und der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz zu verweisen.

5. Geschichte des Euthanasie-Begriffs

Ich kann hier nur einen groben Überblick über die Auslegung dieses Begriffs während seiner langen Geschichte geben. Euthanasia (von griechisch eu – thanatos = ein guter Tod).

Der Begriff Euthanasie wurde in der Antike geprägt. Der früheste Beleg findet sich bei dem griechischen Dichter Kratonos²² (um 500 v. Chr.) und bedeutet einen „sanften“, „leichten“, „schönen“, aber auch „schnellen“ Tod ohne vorhergehende lange Krankheit. Darunter wurde bis in die Neuzeit ein „schmerzfreies“ Sterben verstanden, oft auch ein „ruhmreicher Tod“. Hier könnte man beispielsweise den guten Tod des Kaisers Augustus im Jahr 14 n. Chr. nennen.²³ Der Gedanke an eine Beschleunigung des Todes war damit nicht verbunden. Der Eid des Hippokrates um 400 v. Chr. lehnte ausdrücklich die Tötung auf Verlangen ab. Allerdings gab es eine Art Idealisierung des selbst gewählten Suizids schon bei Platon, vor allem in den Werken *Phaidon*, *Politeia* und *Nomoi*, bei Aristoteles und in der Stoa. „Seneca ging, noch wesentlich akzentuierter als etwa Platon, davon aus, dass der Tod der „große Befreier“ des Menschen und „aller Schmerzen Lösung“ sei.“²⁴ (Seneca [1983], S. 193) Auch die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen und die Tötung schwerkranker Neugeborener und alter, kranker Personen oder die Aussetzung schwacher und behinderter Kinder wurden von der griechischen Gesellschaft gebilligt und in der griechischen Philosophie gerechtfertigt, um den idealen Staat (Platon) nicht zu gefährden.

Christentum

Das frühe Christentum lehnte jede Form von aktiver Sterbehilfe bei Schwerkranken mit der Begründung ab, jedes Leben sei eine Gabe Gottes, die man nicht leichtfertig verwerfen dürfe. Somit waren die Selbsttötung und Fremdtötung verboten. Der Schutz der Kranken, Schwachen und Sterbenden wurde dann in der Folgezeit zur Dienstaufgabe der Kirche. Diese Verneinung aktiver Sterbehilfe und die Betonung von Sterbebegleitung finden sich auch durchgängig im gesamten Mittelalter und in der Neuzeit.

²² Udo Benzenhöfer, *Der Gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*, Göttingen 2009, 13.

²³ Ebd., 17.

²⁴ Ebd., 30.

Thomas Morus (1478 – 1535)

Er greift in seinem Werk *Utopia* die antike Vorstellung zur Euthanasie auf und ergänzt sie um das Moment der Selbstbestimmung. Nur der Patient entscheidet über sein Leben. Er erwähnt auch, dass Kranke sorgfältig und hingebungsvoll gepflegt werden müssen. Bei unheilbar Kranken ist eine Sterbebegleitung vorgesehen. Es soll also keine Tötung gegen den Willen des Patienten geben. Auf der anderen Seite betont Morus:

Doch wenn die Krankheit nicht nur unheilbar, sondern dazu noch „dauernd qualvoll und schmerzhaft“ sei, [...] dann würden „Priester und Behörden“ tätig. [...] Wenn die Krankheit unheilbar und „dauernd qualvoll und schmerzhaft“ ist, reden Priester und Vertreter der „Behörden“ dem Kranken zu, er solle „nicht darauf bestehen, die unheilvolle Seuche noch länger zu nähren, und nicht zögern zu sterben, zumal das Leben doch nur eine Qual für ihn sei“. ²⁵ (Morus [1991], S 81)

Somit wird bei einem unheilbar Kranken die theoretische freiwillige Sterhilfe zur unfreiwilligen, weil der Betroffene entweder zum Selbstmord oder zum Töten lassen veranlasst wird und seiner Tötung zustimmt.

Francis Bacon (1561 – 1626)

Erst Francis Bacon führte zu Beginn der Neuzeit den Begriff Euthanasie unter einem völlig anderen Gesichtspunkt ein. Bei ihm ging es um ärztliche Maßnahmen, die den Patienten das Sterben erleichtern sollten. Aber auch hier war noch nicht von einem Eingriff bis hin zum Tod die Rede. Unter Euthanasie verstand man Sterbebegleitung, keine Tötung auf Verlangen. Bacon ging ebenfalls von antiken Euthanasie-Vorstellungen aus. Er forderte die Ärzte zur Gabe von schmerzstillenden und betäubenden Mitteln an Sterbende auf. Er schreibt dazu:

Ferner halte ich es der Pflicht eines Arztes gemäß, dass er nicht nur die Gesundheit wieder herstelle, sondern dass er auch die Schmerzen und Qualen der Krankheit lindere: und das nicht nur, wenn jene Linderung der Schmerzen zufällig zur Wiederherstellung der Gesundheit dient und beiträgt, sondern auch dann, wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden ist, durch die Linderung der Qualen aber ein sanfterer und ruhigerer Übergang aus diesem in jenes Leben verschafft werden kann. ²⁶

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ging es in den Diskursen auch um die „Ausscheidung der Schwachen“ und Stichwörter dazu sind der Sozialdarwinismus, die

²⁵ Ebd., 56-57.

²⁶ Ebd., 60.

Rassenhygiene und die Eugenetik. Hier ging es bereits in die Richtung der Freigabe der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Charles Darwin (1809 – 1882)

Sagte bereits in seinem Werk *„Über die Entstehung der Arten im Thier- und Pflanzen-Reich durch natürliche Züchtung, oder Erhaltung der vervollkommneten Rassen im Kampfe um's Daseyn.“* aus: dass aufgrund der hohen Zahl von Nachkommen in der Natur, ein Kampf ums Überleben unvermeidlich sei. Nur jene Lebewesen, die für den Kampf ums Überleben am besten ausgerüstet sind, können sich in der Natur behaupten woraus folgt, dass die „weniger guten Rassen“ zum Aussterben verdammt sind. Darwin selbst hat allerdings nie die „Vernichtung von unwerten Leben“ befürwortet.

Das Verständnis für Euthanasie änderte sich erst am Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts. Seither wird darunter die gesetzliche Freigabe der Tötung auf Verlangen verstanden.

Mit dem Dritten Reich weitete sich dieser Begriff noch einmal aus.

Die bis dahin eher theoretisch geführten Diskussionen um die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wurden nun zur Realität. Diese Praxis hatte mit einem guten Tod nichts mehr zu tun. Für ihre Mordaktion T4 an Kranken und Behinderten (mindestens 70.000 Opfer und noch ca. 90.000 aus der NS – Psychiatrie. Die Zahlenangaben variieren in der Literatur²⁷) zwischen 1939 und 1945 verwendeten die Nationalsozialisten auch „Euthanasie“ als Tarnbegriff. Daher ist in den deutschsprachigen Ländern dieser Ausdruck historisch vorbelastet und man verwendet lieber den Begriff „Sterbehilfe“. Denn bis heute verbindet man im deutschsprachigen Raum mit diesem Begriff die durch den Staat durchgeführten Tötungsaktionen von alten, psychisch und physisch kranken Personen und Behinderten, also die sogenannten lebensunwerten Menschen gegen ihren Willen. Auch beim Holocaust, der systematischen Ermordung der europäischen Juden, spielte die ökonomisch motivierte Euthanasie eine Rolle, denn es wurden in den Vernichtungslagern die alten und kranken Juden sofort von den anderen getrennt und umgebracht. Auch in der Sterbehilfedebatte wird auf diese Praxis, vor allem in Deutschland und Österreich sowohl von den

²⁷ Ebd., 117.

Gegnern als auch von den Befürwortern Bezug genommen und entsprechend interpretiert.

Im Ausland wird dieser Begriff meistens neutral und nicht ideologisch negativ besetzt angesehen, man versteht unter Euthanasie generell die erbetene Tötung auf Verlangen oder den ärztlich assistierten Suizid.

6. Angewandte Ethik

6.1. Allgemein

Die angewandte Ethik, jetzt philosophisch gesehen, gehört zur normativen Ethik, d.h. sie beschäftigt sich auch mit deren Prinzipien, Normen und Regeln, allerdings stellt sich in der angewandten Ethik jetzt nicht primär das Problem, ob nun eine Grundnorm existiert und wie diese abzuleiten ist, oder wie sich diese Theorien, Normen und Prinzipien zueinander verhalten. Sie setzt sich mit aktuellen, konkreten moralischen Fragen philosophisch auseinander und man versteht darunter die Anwendung einzelner ethischer Prinzipien, ethischer Supertheorien oder ethischer Norm- und Werttheorien auf konkrete Problemfälle und Konfliktsituationen in den verschiedenen Lebensbereichen. Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von selbständigen Teildisziplinen der Angewandten Ethik herausgebildet. Man spricht auch von Bereichsethiken, wie beispielsweise die Medizinethik, Umweltethik und Tierethik, die Wissenschafts- und Technikethik, die Politische Ethik, die Rechtsethik, die allerdings sehr umstritten ist und die Berufsethik, z.B. für Techniker, Ärzte, Krankenhauspersonal, Anwälte, Psychotherapeuten, Journalisten usw., bis hin zur Wirtschaftsethik. Die Angewandte Ethik und ihre Teildisziplinen bzw. Teilbereiche sind die in den letzten 20 Jahren am stärksten gewachsenen Teilgebiete der Philosophie, die sich aus der Praxis entwickelt haben.

Auf Grundgedanken der einzelnen traditionellen Ethikansätze, wie die Pflichtenethik von Kant, die Ethik der Gerechtigkeit, beispielsweise von Rawls, die Tugendethik von Aristoteles, die Diskursethik oder den Utilitarismus in seinen verschiedenen Varianten wird heute Bezug genommen. Kant spielt nach wie vor eine ganz wichtige Rolle im Zusammenhang mit dem Würdebegriff, der aus dem kategorischen Imperativ in der zweiten Form, dem Instrumentalisierungsverbot, abgeleitet wird. In den angelsächsischen Ländern haben die utilitaristischen Gedankengänge eine lange Tradition, d.h. eudämonistische Gedanken, wo gesagt wird: Der Zweck der Moral ist im Wesentlichen der, dass es den Menschen gut geht.

Auf der einen Seite haben wir nun die einzelnen Theorien und auf der anderen Seite die Praxis mit ihren konkreten Problemstellungen und nun stellt sich die Frage:

In welchem Verhältnis steht nun die Theorie zur Praxis?

In diesem Zusammenhang werden einige wichtige Modelle vorgestellt, die die angewandte Ethik für die Lösung konkreter Probleme verwendet.

6.2. Methoden der angewandten Ethik

Welche einzelnen Ebenen der Handlungsmöglichkeiten stehen uns zur Verfügung?

Fenner nennt sie die Abstraktionsgrade normativer Handlungsorientierung:²⁸

- Ebene der ethischen Theorien:

Begründung höchster ethischer Prinzipien (oberste Moralprinzipien)

Laut Pauer-Studer die sogenannten Supertheorien

z.B. Kants Ethik des kategorischen Imperativs, Utilitarismus, Diskursethik

- Ebene der ethischen Prinzipien:

Einheit stiftende allgemeine Grundsätze

Ethische Prinzipien mittlerer Reichweite

z.B. Prinzip der Autonomie: „Berücksichtige das Recht auf Selbstbestimmung aller Menschen!“

z.B. Prinzip Fürsorge/Wohltun: „Sorge dich um das Wohl deiner Mitmenschen!“

- Ebene der ethischen Normen:

konkrete, situationsspezifische Handlungsregeln

z.B. bezüglich Suizidbeihilfe: Suizidbeihilfe ist ethisch legitim, wenn der Suizidwunsch rational ist und eine ausweglose Situation vorliegt, in der das subjektive Leid durch keine mitmenschlichen Hilfsangebote ein erträgliches Maß erreicht.

- Ebene der singulären Urteile:

normative Aussagen bezüglich konkreter Handlungsalternativen

z.B. im konkreten Einzelfall: Einem 90-jährigen Mann mit einer unheilbaren Krebserkrankung, der, bewegungslos, unter kaum zu lindernden Schmerzen leidet und wiederholt seinem freiwilligen Suizidentschluss Ausdruck gegeben hat, darf Beihilfe geleistet werden.

6.2.1 Top-down-Modell

Top-down: D.h. von oben nach unten.

Wir gehen bei der Lösung eines konkreten Problems in der Praxis von einer der Supertheorien aus und subsumieren dieses Problem unter die gewählte Theorie, um zu einem konkreten Urteil zu kommen.

Beispiel:

Einige Menschen warten dringend auf die Transplantation mehrerer Organe. Nur durch die Organentnahme bei einem bewusstlosen, im irreversiblen Koma liegenden todkranken Menschen würde das Leben dieser Menschen gerettet werden.²⁹

²⁸ Dagmar Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, Tübingen 2010, 21.

²⁹ Vgl. Edgar Morscher, *Grundsatzfragen und ausgewählte Probleme der Angewandten Ethik*, Sankt Augustin 2009, 185.

Die Antwort bei einer utilitaristischen Theorie lautet:

Eine Handlung ist genau dann erlaubt, wenn es zu ihr keine alternative Handlung gibt, die dem Allgemeinwohl mehr dient bzw. das Wohlergehen aller Betroffenen maximiert. Der Inhalt des Begriffs Wohlergehen ist heftig umstritten. Nach einigen utilitaristischen Theorien wäre diese Organentnahme erlaubt, denn die Konklusion lautet: Eine Handlung ist geboten und wenn keine Maximierung des Wohlergehens der Betroffenen gegeben ist, dann ist sie moralisch nicht erlaubt. In diesem Beispiel würde das Wohlergehen der Betroffenen maximiert, d.h. sie würden gerettet werden, auch mit dem Argument, dass der bewusstlose Patient sowieso sterben würde und daher wäre diese Handlung nach manchen utilitaristischen Ansätzen moralisch zu rechtfertigen.

Bei einem deontologischen Ansatz, z.B. Kant und seine Pflichtenethik, wäre diese Handlung verboten, weil nur auf die moralische Handlung selbst, nicht aber auf die Folgen dieser Handlungen abgestellt wird. Somit greift neben dem Tötungsverbot auch das Instrumentalisierungsverbot.

Man sieht anhand dieses Beispiels, dass es bei der Anwendung der verschiedenen Supertheorien bzw. normativen Theorien, je nachdem welchen Ansatz man für die Problemlösung wählt, zu unterschiedlichen Ergebnissen kommt. Das zeigt sich auch anhand der vielen Diskussionen und Argumenten für und wider der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe.

Daraus resultiert die grundsätzliche Frage:

Welche Theorie soll nun verbindlich sein, bzw. nach welcher Theorie sollen wir uns bei der Problemlösung richten? Hier setzt auch die Kritik vieler Ethiker an. Es führt zu einer Pattstellung zwischen den Utilitaristen und der deontologischen Ethik, vor allem durch den kategorischen Imperativ.

6.2.2. Prinzipien der mittleren Reichweite

Eine Reaktion auf dieses unbefriedigende Ergebnis war, dass viele Ethiker gemeint haben, für die Problemlösung nicht mehr die Supertheorien zu verwenden, sondern auf Prinzipien zurückzugreifen, von denen allgemein angenommen wird, dass diese in einer demokratischen Gesellschaft moralisch und rechtlich anerkannt und in der Kultur fest verankert sind. Sie zeigen beispielsweise auf wie sich das Arzt/Patienten-Verhältnis im

Laufe der Geschichte verändert hat. Auf dieser Ebene können auch die Menschenrechte angesetzt werden. Knoepffler³⁰ meint im Zusammenhang mit den Menschenrechten, dass wir uns eher über die Menschenrechte einigen können, als darüber, ob der kategorische Imperativ oder ein allgemeines Menschenwürdeprinzip gilt, wenn wir allgemein von Menschenrechten sprechen. Aber auch auf dieser Ebene können Gedanken von Supertheorien einfließen.

Pauer-Studer stellt in ihren Buch „*Einführung in die Ethik*“ auf der Seite 26 nämlich folgende Frage: „Finden sich nicht in all diesen Ansätzen bedenkenswerte Standards ethischen Denkens und Überlegens?“

Wie bereits erwähnt, wären hier beispielsweise die Prinzipien von Beauchamp/Childress zu nennen³¹. Sie werden, wie auch die Diskursethik, sowohl zu den Theorien als auch zu den Prinzipien der mittleren Reichweite gezählt.

- Das Prinzip der Autonomie (autonomy)

In diesem Zusammenhang geht es um die Selbstbestimmung des Menschen. Es ist grundsätzlich anerkannt, dass jede Person, die fähig ist eine Vorstellung von ihrem Leben zu haben, selbst bestimmen kann was sie als gutes Leben betrachtet, oder ob ihr das Leben nicht mehr lebenswert erscheint. Diese Vorstellungen sind in den moralischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Im Zusammenhang mit der Medizin bedeutet dies beispielsweise, dass die Patienten selbstbestimmt über eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch entscheiden können. Es wird also respektiert, dass die Menschen ihre eigenen Werteüberzeugungen und Interessen haben. Diese Selbstbestimmung und die daraus folgende Entscheidung sollte nicht durch einen äußeren Zwang und irgendeine Manipulation, auch nicht seitens eines Arztes, beeinflusst werden. Der Arzt darf nicht seine eigenen Wertüberzeugungen und sein moralisches Selbstverständnis dazu verwenden den Patienten zu einer Behandlung zu überreden, auch wenn im Extremfall ohne diese Behandlung der Tod eintreten würde. Beispielsweise durfte man Ende des 20. Jahrhunderts in Deutschland operieren ohne die Zustimmung des Patienten einzuholen.

³⁰ Vgl. Nikolaus Knoepffler, „Menschenwürde heute – ein wirkmächtiges Prinzip und eine echte Innovation“, in: *Facetten der Menschenwürde*, hg. von Nikolaus Knoepffler, Peter Kunzmann, u.a., Freiburg, München 2011, 7-30.

³¹ Beauchamp, Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1 ff.

- Das Prinzip der Nicht-Schädigung / Schadensvermeidung (nonmaleficence)

Dieses Prinzip besagt: Der Arzt soll dem Patienten keinen zusätzlichen Schaden zufügen - „primum nil nocere“, das heißt zusätzliche Schmerzen und Leiden der Patienten vermeiden. Dieses Prinzip ist ein Prinzip der Moral, weil man davon ausgehen kann, dass der Arzt dem Patienten keinen Schaden zufügen darf. Um dieses Nicht-Schadensprinzip geht es auch in der gesamten Rechtsordnung. Aber sowohl in der Ethik als auch in der Rechtsordnung ist umstritten, wann nun ein Schaden vorliegt und seine Abgrenzung zu erlaubten Eingriffen, weil dieser Begriff sehr interpretationsbedürftig ist. Wie definieren wir in der Medizin Schaden? Man könnte nun sagen, dass keine zusätzlichen Schmerzen und ein zusätzliches Leiden zu den bestehenden Schmerzen und Leiden, von denen man schon betroffen ist, hinzukommen darf. Aber auch das Problem der Abgrenzung der zusätzlichen Schädigung ist eine Interpretationssache und es liegt somit eine Bewertung zugrunde. Es wird also von einem bestimmten aktuellen Zustand ausgegangen, der nicht verschlechtert werden darf.

- Das Prinzip der „Wohltätigkeit“ (beneficence)

Bei diesem Prinzip sollen Krankheiten, Schmerzen und Leiden verhindert, gemildert oder beseitigt werden. Die Gesundheit und das Wohlbefinden sollen durch die Ärzte, aber auch durch das Pflegepersonal gefördert, gesteigert bzw. wieder hergestellt werden. Es ist ja ebenfalls ein Grundverständnis der Moral den anderen zu helfen oder etwas Gutes zu tun. Dieses Prinzip der Wohltätigkeit ist für alle Ärzte verpflichtend. Strittig ist jedoch in der Medizinethik, wie weit und in welchem Umfang dieses Prinzip anzuwenden ist. Es stellt sich damit die Frage: Welche Behandlung ist noch nützlich und sinnvoll und ab wann sollte die Behandlung eingestellt oder mit dieser gar nicht begonnen werden? Daraus ergibt sich die nächste Frage: Wie definiert man nun die Begriffe Gesundheit und Krankheit, weil es keine exakten Vorgaben gibt?

- Das Prinzip der Gerechtigkeit (justice)

Bei diesem Prinzip wird auf die Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Leistungen und Güter verwiesen, denn die Ressourcen im Gesundheitswesen sollen gerecht verteilt werden (siehe Punkt 14.).

Die Intention von Beauchamp und Childress ist jene, diese Prinzipien nicht strikt als Vorgabe zu sehen und unreflektiert zu übernehmen, sondern es werden Reflexionshilfen angeboten, die aber nicht verpflichtend oder autoritativ sind, wie einige Kritiker meinen.

Care – Sorge - Fürsorge

Dieser Begriff ist vor allem auch im Zusammenhang mit der Wohltätigkeit zu sehen. Hier geht es um zwischenmenschliche Bezüge, d.h. wie wir miteinander umgehen. Er findet sich auch in der feministischen Ethik, aber in der Pflegeethik spielt er eine besondere Rolle. Es geht vor allem um solche Beziehungen bei denen einander nicht gleichgestellte Partner gegenüberstehen. Wie gehen Ärzte oder das Pflegepersonal mit Patienten um, die in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen stehen?

Von Seiten einiger Ethiker werden folgende Einwände zu diesem Modell vorgebracht: Was ist, wenn die einzelnen Prinzipien die einander ja gleichwertig gegenüber stehen sollten, einander widersprechen? Auf den Vorwurf, dass es keine allgemein gültigen Gewichtungs- und Vorrangsregeln gibt, wenn einzelne Prinzipien einander widersprechen, sodass es bei ähnlich gelagerten Sachverhalten zu unterschiedlichen Lösungen kommen kann, wurde bereits unter Punkt 4.5. hingewiesen. Auf der einen Seite steht beispielsweise das Autonomieprinzip des Patienten und auf der anderen Seite das Wohltätigkeitsprinzip des Arztes.

Fenner bringt folgendes Beispiel:

„Man denke an einen Arzt, der gemäß dem Prinzip des Wohltuns um das Wohl der Patienten besorgt ist, aber gleichzeitig dessen autonomen Wunsch nach Behandlungsabbruch oder gar seinem ausdrücklichen Sterbewunsch Respekt zollt.“³²

Was wiegt nun mehr?

Die Autonomie des Patienten oder das Wohl des Patienten?

Braucht man für die Entscheidung nicht doch wieder die Supertheorien, um zu einem befriedigenden Ergebnis zu kommen?

³² Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 25.

Rigorismusvorwurf:

Wenn wir nun von den Supertheorien oder den Prinzipien ausgehen, dann können die praktischen Probleme nicht berücksichtigt werden, weil diese komplexer sind und eine Theorie Einzelfälle gar nicht regeln kann. Diese Argumentation findet sich auch in der Rechtsordnung.

Wenn wir das Beispiel von Kant aufgreifen, und die Frage stellen, ob man unter bestimmten Umständen lügen darf, wird hier die Antwort aufgrund seines kategorischen Imperativs lauten: Wir sind auch dann zur Wahrheit verpflichtet, wenn ein Mörder nach einem in unserem Haus versteckten Freund fragt. Dieses radikale Ergebnis widerspricht jeder moralischen Empfindung.

Angewendet auf die Praxis könnte man nun sagen, dass aufgrund dieser Theorie der Arzt verpflichtet ist, dem Patienten die volle Wahrheit über seinen Zustand mitzuteilen, ohne zu hinterfragen, ob der Patient diese Informationen aufgrund seiner derzeitigen physischen und psychischen Verfassung überhaupt verkraften kann. Der nahe liegende Einwand lautet, dass einzelne ungewünschte extreme Ergebnisse, wie eben das Lügenverbot bei Kant, vermieden werden können, wenn man andere Theorien, beispielsweise einen utilitaristischen Ansatz verwendet, weil solche Theorien diese extremen Folgen berücksichtigen würden.

Perspektiven-Ignoranz-Vorwurf:

Der Vorwurf lautet dass sie, unabhängig davon, ob man jetzt bei den Supertheorien oder den Prinzipien der mittleren Reichweite ansetzt, die Wertvorstellungen und die Interessen der Betroffenen bei der Entscheidungsfindung nicht berücksichtigen. Man spricht auch von einem Expertenmodell, bei dem die Werte und Prinzipien, auf die sich einzelne Menschen beziehen, nicht zur Sprache kommen.

Auf unser Thema bezogen, entsteht nun ein Interessenkonflikt zwischen den Ärzten auf der einen Seite, die im Standesethos diese Position vertreten, man kann es auch mit dem paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis vergleichen. Auf der anderen Seite stehen die Patienten, deren Wünsche, wie beispielsweise Behandlungsabbruch, durch die Ärzte nicht beachtet werden. Der Patient wird entmündigt und hat kein Mitspracherecht. Diese Sichtweise ist auch heute noch in der Medizin und in den Pflegeberufen sehr weit

verbreitet, obwohl die Autonomie und Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit in der Rechtssprechung und Gesellschaft immer höher bewertet werden. Allerdings stellt sich auch die Frage, ob der Einzelne durch dieses Autonomieprinzip nicht doch überfordert ist.

Als Gegeneinwand wird sehr oft die Diskursethik genannt, bei der dieser Vorwurf nicht stichhaltig ist, weil bei einem Diskurs die Interessen und Werte der Beteiligten berücksichtigt werden. Noch kurz zur Diskursethik.

Diskursethik:

Die Diskursethik ist als oberstes Prinzip eine sehr allgemeine Theorie. Es wird grundsätzlich der Rahmen vorgegeben. Alle teilnehmenden Personen sind als gleichberechtigt anzuerkennen und nehmen am Entscheidungsprozess teil. Jede Stimme zählt also gleich. In diesem Diskurs kann nun jeder seine eigenen Wertvorstellungen und ethischen Präferenzen, wie z.B. die Pflichtenethik von Kant, den Utilitarismus oder die Prinzipien der Mittleren Ebene, für die einvernehmliche Entscheidungsfindung einbringen, die dann zu diskutieren sind. Es ist die Aufgabe der Gruppe diese unterschiedlichen Meinungen zu gewichten und abzuwägen. Im Diskurs soll eine Antwort auf ein konkretes Problem gemeinsam gefunden werden. Die Betroffenen entscheiden somit selbst über das jeweilige Problem und sind für diese gefundene Lösung verantwortlich. Das Ergebnis muss von allen Teilnehmern akzeptiert werden.

Kritikpunkte an diesem Modell ergeben sich unter anderen daraus, dass diese Verfahrensmodalitäten und die gefundene Entscheidung nur für jene gelten, die am Entscheidungsprozess teilgenommen haben. Somit ist die Moralität auf diesen Diskurs beschränkt. Die Frage, die sich daraus ergibt, ist folgende: Können solcherart gefundene Entscheidungen auch für diejenigen gelten, die am Entscheidungsprozess nicht teilgenommen haben und ebenfalls von diesem Ergebnis betroffen sind? Apel hat versucht, dieses Problem auf seine eigene Art zu regeln und zwar durch die Sprache. Dieser Lösungsansatz kann nur in einer relativ kleinen Gruppe funktionieren und nicht auf Diskurse mit Institutionen oder öffentlichen Einrichtungen angewendet werden.

6.2.3. Bottom-up-Modell

Ein weiterer Lösungsansatz bietet sich in der Form an, dass man sich bei der Entscheidungsfindung bereits auf bestehende konkrete Normen bezieht, die schon auf bestimmten Situations- oder Handlungstypen aufbauen. Hier wären z.B. die Zehn Gebote, das Lügenverbot oder Tötungsverbot zu nennen. Viele Ethiker stellen sich nämlich die Frage, ob in der angewandten Ethik überhaupt eine Theorie angewendet werden kann, weil sie für konkrete Problemlösungen nicht geeignet ist. Im Vordergrund stehen die Betroffenen mit ihren eigenen Erfahrungen und Werthaltungen, die sich in konkreten Situationen befinden. Entscheidungen werden von Einzelfall zu Einzelfall getroffen, ohne auf irgendwelche Ethiktheorien oder Prinzipien zurückzugreifen. Dieses Modell ist aufgrund von Einzelfallentscheidungen bei öffentlichen und gesellschaftlichen Belangen nicht anwendbar.

Von der rechtlichen Seite sieht man die Problematik an Einzelfallentscheidungen anhand der unterschiedlichsten Urteile bei gleichen und ähnlich gelagerten Fällen, die die gesamte Rechtsordnung durchzieht und keine Rechtssicherheit gewährleistet. Auf der anderen Seite sind jedoch für die Lösung eines konkreten Problems die persönlichen Erfahrungen, Situationsdeutungen, Wertvorstellungen, moralischen Intuitionen und Interessen der Beteiligten zu berücksichtigen (Grundsatz der Billigkeit).

Dieses Spannungsfeld, in dem wir uns bewegen, zeigt sich auch anhand der Sterbehilfe ganz deutlich. Der Vorwurf lautet: Die angewandte Ethik hätte sich nicht nur mit einzelnen Problemkreisen zu beschäftigen, sondern sollte sich primär mit öffentlichen Institutionen und politischen Handlungsmöglichkeiten befassen, weil es in diesem Bereich einer globaleren Lösung bedarf als nur Lösungen bei Einzelfällen. Es geht somit um die Frage, „[...] ob also diese Handlungsweisen legitime institutionalisierte Praxis werden sollen“.³³

Auf der untersten Ebene wird nun nach einem konkreten Urteil gefragt.

Was machen wir nun in diesem konkreten Fall?

Auf lügenhaftes Versprechen bezogen, frage ich mich, ist es erlaubt das zu tun oder nicht? Dann kann man aus einer konkreten Norm „Lügenhaftes Versprechen ist

³³ Ebd., 19.

verboten“, auf die spezielle Handlung schließen und diese ist verboten. Darf der Arzt jetzt lügen oder muss er den Patienten die volle Wahrheit sagen? Bei den Utilitaristen darf man unter Umständen lügen, weil es auf die Folgen der Handlung ankommt.

6.2.4. Holistische Modelle

Es gibt aber auch vermittelnde Positionen, die die Erfahrungen und Werthaltungen der Betroffenen mit einbeziehen. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls auf die Diskursethik verwiesen, die aber wie ausgeführt, nur unter sehr eingeschränkten Bedingungen eine Lösung erzielen kann. Weiters sind wieder die 4 Prinzipien von Beauchamp/Childress zu nennen, weil diese Prinzipien nach dem Grundverständnis der Autoren einer „common morality“ entstammen und die Interpretation bewusst sehr offen gelassen wurde, damit sie durch situationsspezifische Regeln oder Handlungsanweisungen konkretisiert werden können. Nach ihrer Sicht ist diese weite Interpretationsmöglichkeit ein Vorteil, weil hier die Betroffenen sie von Fall zu Fall und von Problem zu Problem individuell interpretieren können.

7. Medizinethik

7.1. Allgemein

Die Medizinethik ist jener Teil der angewandten Ethik, die sich mit moralischen Problemen der Humanmedizin beschäftigt. Sie basiert auf allgemein akzeptierten sittlichen Grundüberzeugungen und behandelt die ethischen Probleme im Bereich der Gesundheit und des Gesundheitswesens. Sie bezieht sich auch auf die ethischen Probleme des institutionellen Handelns, das heißt der Organisation des Gesundheitswesens (Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen). Der Standesethos, das eigentliche Verständnis, dasjenige, das die Aufgabe des Arztes in seinem Beruf betrifft und wie diese Tätigkeit auszuführen ist, hat sich im Laufe der Zeit sehr verändert. In diesem Zusammenhang nach wie vor wichtig ist der Eid des Hippokrates. Was dürfen Ärzte moralisch gesehen, nach ihrem Selbstverständnis, tun oder nicht tun?

Die Ziele der Medizin sind vor allem:

- die Heilung kranker Menschen,
- die Linderung ihrer Leiden und Schmerzen, wo Heilung nicht mehr möglich ist (Palliativmedizin),
- die Prävention (die Förderung von Gesundheit und die Vorbeugung von Krankheiten) und
- die Rehabilitation.

Pöltner schreibt dazu in seinem Buch „*Grundkurs Medizin-Ethik*“:

Medizinisches Handeln ist immer unter zwei verschiedenen, jedoch untrennbar zusammengehörigen Hinsichten zu beurteilen:

- 1) hinsichtlich der *pragmatischen* Differenz von richtig und falsch und
- 2) hinsichtlich der *moralischen* Differenz von gut und böse (Honnefelder 1994b, 135). Das medizinische Handeln muss sachlich kompetent (Behandlung *lege artis*, Anwendung der richtigen Mittel) und sittlich zu verantworten sein.³⁴

Die Medizinethik hat die längste Tradition, wir finden sie bereits im alten Griechenland, wo dieser innere Zusammenhang von Ethik und Medizin Ausdruck im Standesethos der Ärzte gefunden hat. Das im abendländischen Raum bekannteste Beispiel ist, wie erwähnt, der hippokratische Eid, wobei aber möglicherweise nicht alle Ärzte zu jener Zeit diesen Eid geschworen und eingehalten haben.

³⁴ Pöltner, *Medizin-Ethik*, 25-26.

In der Einleitung wurde bereits auf den Wandel, vor allem seit der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die rasche Entwicklung neuer Technologien und den daraus resultierenden Vorteilen, wie z.B. neue Forschungsmöglichkeiten, bessere Diagnostik, neue Operationstechniken, bessere medikamentöse Therapiemöglichkeiten usw. hingewiesen und einige negative Entwicklungen aufgezeigt. Die Prävention spielt heute aufgrund der Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem eine immer wichtigere Rolle in unserer Gesellschaft. Somit musste dieser Eid durch weitere Regelungen an die heutigen Gegebenheiten angepasst werden.

Gerade bei manchen Technologien, Therapieformen und der Forschungstätigkeit stellt sich oft als Vorfrage das Dilemma, ob neue Möglichkeiten genehmigt werden sollen oder in einem sehr konfliktträchtigen Bereich weiter geforscht oder die Forschung abgebrochen werden soll. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise auf die Gen-Debatte oder die Embryonenforschung an überzähligen Embryonen zu verweisen. Natürlich spielen auch der Kostenfaktor und wirtschaftliche Interessen von einigen Großunternehmen eine wichtige Rolle.

Im Zuge dieser Veränderungen ist der Regelungsbedarf enorm gestiegen, weil er immer persönlichere und moralisch sehr heikle Bereiche betrifft. Das führt im Vorfeld einer eventuellen Regelung auch zu heftigen moralischen Debatten in der breiten Öffentlichkeit. Es stellt sich dann die Frage für den Gesetzgeber: Ist eine Regelung moralisch so wichtig, dass sie in Gesetzen formuliert und mit Sanktionen ausgestattet werden muss, um Missbrauchsfälle zu vermeiden? Die gesetzliche Regel selbst ist meistens nur ein Kompromiss. Man sieht das auch anhand der unterschiedlichen moralischen Bewertungen und den verschiedenen Regelungen zur Sterbehilfe in den einzelnen Ländern.

Einige beispielhafte Fragen, mit denen sich heute die Medizinethik auseinandersetzen muss, und die in der Öffentlichkeit sehr kontrovers diskutiert wurden und werden:

- Zu wie viel Aufklärung ist der Arzt dem Patienten gegenüber moralisch verpflichtet?
- Sind direkte aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum assistieren Suizid moralisch unbedenklich?
- Sind Schwangerschaftsabbrüche moralisch verwerflich?

- Ist die medizinische Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen oder überzähligen Embryonen moralisch vertretbar?
- Wie können knappe Mittel im Gesundheitswesen gerecht verteilt werden?
- Wie muss der Datenschutz im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand der Menschen geregelt werden, um einen Missbrauch zu verhindern?

Teilbereiche der Medizinethik sind:

- Ärztliche Ethik
- Pflegeethik
- Medizinische Forschungsethik
- Ethik des Gesundheitswesens, die die Ethik der Mittelverteilung und den Schutz der Privatsphäre umfasst.

Es gibt anhand der oben beispielhaft angeführten Fragen zahlreiche Überschneidungen mit anderen Bereichsethiken, wie der Bioethik, Wissenschaftsethik, wenn wissenschaftliche Forschung betrieben wird, Technikethik und Informationsethik, hier lautet das Stichwort Datenschutz, weiters auch mit der feministischen Ethik.

7.2. Eid des Hippokrates

Dieser historische Eid aus dem 4. Jh. v.Ch. spielt auch heute noch eine sehr wichtige Rolle für die Ärzteschaft, weil sich viele Ärzte noch immer mit diesem Eid verbunden fühlen und neuere bzw. internationale Regeln teilweise auf seine Inhalte aufbauen. Grundsätzlich wird dieser Eid gerne als Autorität zitiert, weil hier das ärztliche Handeln beschrieben wird.

Einige wichtige Aspekte daraus:³⁵

- Verpflichtung auf das Wohl des Patienten
- Schweigeverpflichtung

Diese ist heute gesetzlich geregelt. Die Informationen, die sich aus einem Arzt/Patientenverhältnis ergeben, müssen geschützt werden, weil sich immer mehr öffentliche Organisationen und Unternehmen auf diese Daten beziehen wollen. Hier wäre beispielsweise die Ablehnung eines freien Arbeitsplatzes aufgrund einer

³⁵ Vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 51-52.

bestimmten Krankheit zu nennen. Es geht also um die Problematik des Schutzes dieses sensiblen Datenmaterials.

- Verbot tödliche Mittel zu verabreichen

Das ist im Zusammenhang mit der Sterbehilfe sehr wichtig. Trotz der Aufweichung durch die Rechtssprechung haben viele Ärzte noch immer ein Problem damit, Sterbehilfe zu leisten.

- Verbot von sexuellen Übergriffen usw.

Scheinbar muss das zur damaligen Zeit ein Problem gewesen sein, sonst wäre dieser Passus nicht in den Eid aufgenommen worden. Allerdings gibt es auch heute immer wieder Übergriffe, vor allem an behinderten und psychisch kranken Personen.

7.3. Genfer Deklaration des Weltärztebundes

In der neueren Zeit, vor allem in Österreich und Deutschland, wurde durch den Nationalsozialismus das ärztliche Selbstverständnis massiv erschüttert. Aufgrund dessen war nach dem Zweiten Weltkrieg eine Neuregelung dieses Eides über die Pflichten der Ärzte notwendig. Im September 1948 auf der 2. Generalversammlung des Weltärztebundes in Genf wurde die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verabschiedet. Dort finden wir ähnliche Inhalte. Sie steht in direkter Tradition zum Hippokratischen Eid.

Ein neuer Punkt wurde in diese Deklaration aufgenommen und zwar die Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben von Beginn an, wobei eine nähere Interpretation fehlt. In den Sterbehilfedebatten bezieht man sich oft auf diesen Punkt und legt ihn in beide Richtungen aus. Aufgrund der sehr offenen Regelung werden z.B. bei der Abtreibungs- und Sterbehilfedebatte folgende Probleme angesprochen. Wann beginnt das menschliche Leben und wann endet es? Von der Beantwortung dieser Frage hängen nämlich die Definition des Würdebegriffs, des Personenbegriffs, sowie die damit verbundenen gesetzlichen Regelungen ab. Dieses Regelwerk ist wie die Menschenrechtskonvention sehr interpretationsbedürftig und enthält nur Mindeststandards, die in der Folge von den einzelnen Staaten näher zu regeln sind.

Auch hier einige Ausschnitte: ³⁶

- Den Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben,
- Gesundheit der Patienten ist oberstes Handlungsgebot,
- Geheimniswahrung über den Tod des Patienten hinaus,
- Ehrfurcht vor menschlichem Leben von Beginn an,
- Handeln nicht im Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit und anderes mehr.

7.4. Was heißt eigentlich Gesundheit?

Das nächste Interpretationsproblem in diesem Zusammenhang finden wir bei den Begriffen Gesundheit und Krankheit. Sie sind keine fest definierten Begriffe, die allgemein anerkannt sind. Es geht hier immer um das Verhältnis zu einem Normalzustand und den zugrunde liegenden Wertungen. Diese Abgrenzung ist notwendig für die nächsten Fragen. Wie soll der Gesundheitsbegriff definiert werden? Wo liegt die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit? Darauf aufbauend die Frage: Welche Behandlung ist sinnvoll und welche ist sinnlos? Hier wird sehr oft auf die Funktionalität eines normalen Körpers abgestellt. Andere greifen auf den extremen Gesundheitsbegriff der WHO (World Health Organisation) zurück, obwohl dieser in einem ganz anderen Zusammenhang definiert wurde, weil die WHO globale Aufgaben zu erfüllen hat. Ihr geht es vor allem um die Gesundheitsförderung, die auch für die Politik sehr wichtig ist. Würde man diese Definition für Gesundheit allgemein verwenden, dann gäbe es keine gesunden Personen mehr, oder man reduziert den Krankheitsbegriff ausschließlich auf körperliche Gebrechen.

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

(Preamble to the Constitution of the World Health Organization, am 7. April 1948 in Kraft getreten)

7.5. Menschenwürde

Aufgrund der Komplexität dieses Themenbereichs können im Rahmen dieser Arbeit nur einige Punkte aufgezeigt werden. Der Begriff der Würde, der in solchen Formulierungen, wie ein „menschenwürdiges Leben zu haben“, oder „in Würde sterben zu wollen“ vorkommt und die daraus sich ergebenden Versuche den Würdebegriff zu

³⁶ Vgl. ebd., 51-52.

konkretisieren bzw. näher zu bestimmen, kommen in allen medizinischen und ethischen Diskussionen vor. Das Problem liegt darin, dass es in diesem Zusammenhang die verschiedensten Interpretationen gibt, die sich aus unterschiedlichen Traditionen und Wertungen entwickelt haben. Auch die Philosophen haben sich in verschiedenster Weise mit diesem Thema beschäftigt. Oft finden wir diese Auseinandersetzungen auch im Rechtsbereich bei der Frage, ob die Menschenwürde verletzt wurde. Die Auslegung dieses Begriffes ist ein Grundproblem in gesellschaftlichen und politischen Debatten.

Wie definiert man nun diese Menschenwürde?

Für manche ist „Menschenwürde“ einfach nur eine Leerformel und jeder hat seine eigene Vorstellung davon, und füllt sie beliebig mit höchstpersönlichen Wertvorstellungen. Wenn etwas als „menschenunwürdig“ oder „menschenrechtswidrig“ bezeichnet wird, hört aber oft die kritische Diskussion über ein bestimmtes Thema auf (Tabuthema). Dieses wird als conversation stopper bezeichnet. Im Grunde sind solche Begriffe eigentlich nicht sehr aussagekräftig und deren Verwendung wird von einigen kritisiert. Die meisten jedoch verbinden sehr wohl etwas Wichtiges damit, wenn man sagt, die Menschenwürde wird verletzt.

Hier nun einige Würdebegriffe

Zufällige, kontingente Würde:

Diese hat man oder hat sie nicht. Der Begriff wird verwendet, wenn wir einen sozial-institutionellen Status meinen, das heißt wenn jemand innerhalb einer Gruppe eine besondere Stellung einnimmt. Formulierungen wie beispielsweise „Würdenträger“ oder jemand ist „in Amt und Würden“ wären hier zu nennen. Diese Würde kommt nur manchen Menschen aufgrund ihres Status zu. Dann ist noch die individuelle Würde zu erwähnen, hier könnte man als Beispiel eine Person nennen, die aufgrund ihrer individuellen Tugendhaftigkeit Würde erlangt hat.

Notwendige Würde:

Der Bedeutungskern umfasst die Sonderstellung der Menschen (als Individuen oder als Gattung) innerhalb der Naturordnung. Sie haben eine Sonderstellung im Verhältnis zu anderen Wesen in der Natur. Diese Würde ist aber für alle Menschen gleich und sie kommt allen Menschen zu, unabhängig von individuellen Besonderheiten, wie Entwicklungsstand, Fähigkeiten, Leistungen, Amt, Beruf oder Status eines Menschen.

Die Menschenwürde ist nicht abstufbar, d.h. es gibt kein Mehr oder Weniger. Entweder man hat Menschenwürde oder man hat sie nicht. Darüber herrscht noch eine gewisse Einigkeit, wenn man den Begriff der Menschenwürde im Sinne der notwendigen Würde verwendet.

Die genaueren Bestimmungen dieses Begriffs und der Umfang, ob jetzt nur Menschen oder auch Tiere, siehe hier beispielsweise Singer³⁷, der sie auch bestimmten Tieren zusprechen will, diese Würde besitzen können, von der sich laut Kant die einzelnen Rechte ableiten lassen, sind sehr umstritten. Von einigen wird diese Würde auch als absolut angesehen und daraus die entsprechenden Konsequenzen gezogen.

Einige Arten *notwendiger* Würde:

- Würde als Überbegriff für unabwägbare Rechte

Hier wird der Begriff der Würde als ein Katalog von unabwägbaren Rechten definiert.

- Verbot von Instrumentalisierung

Siehe z.B. Kants kategorischer Imperativ

- Gattungswürde: anthropologisch / biologisch

An dieser Stelle sei noch einmal auf das so wichtige Instrumentalisierungsverbot von Kant verwiesen, das in der Medizinethik eine große Rolle spielt und das für Kant das höchste moralische Prinzip darstellt: Die zweite Formulierung des kategorischen Imperativs:

Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.³⁸

Dieser Begriff ist heute vielfach mit dem Autonomieprinzip verbunden. Diejenigen, die sich heute auf diesen Würdebegriff beziehen, meinen, dass allen Menschen diese Würde zukommt. Kant selbst stellt ja auf einen nicht-funktionalen Würdebegriff ab, indem er die Würde auf die gesamte Menschheit bezieht und nicht auf den einzelnen Menschen als vernunftbegabtes Wesen, wo sich dann die Frage stellen würde, was ist mit der

³⁷ Vgl. Singer, *Praktische Ethik*, 155.

³⁸ Kant, *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 67.

Zuerkennung der Würde, wenn bei einem Menschen die Vernunft, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr gegeben ist oder er sie nie hatte.

Allerdings ist bei diesem Ansatz auch zu bedenken, dass nicht jede nicht-freiwillige Indienstnahme als Mittel zum Zweck menschenunwürdig, also bereits eine Instrumentalisierung ist. Beispielsweise gelten unschädliche medizinische Versuche an kleinen Kindern nicht als menschenunwürdig, da ihnen kein wesentlicher Schaden zugefügt wird.

Wenn aber medizinische Experimente durchgeführt werden wie im Konzentrationslager, wo Menschenversuche an der Tagesordnung waren und diese damit gerechtfertigt wurden, dass sie unerlässlich und notwendig für die Forschung und Medizin seien und in der Folge Menschen getötet wurden, dann ist das eine Instrumentalisierung und man spricht von menschenunwürdigen Versuchen.

Birnbacher erweitert im Zusammenhang mit dem Würdebegriff diese moralischen Rechte³⁹, da für ihn das Instrumentalisierungsverbot nur einen Teil seiner Rechte darstellt.

- das Recht, von Würdeverletzungen im Sinne der Verächtlichmachung und Demütigung verschont zu bleiben;
- das Recht auf ein Minimum an Handlungs- und Entscheidungsfreiheit;
- das Recht auf Hilfe in unverschuldeten Notlagen;
- das Recht auf ein Minimum an Lebensqualität im Sinne von Leidensfreiheit und
- das Recht, nicht ohne Einwilligung und in schwerwiegender Weise zu fremden Zwecken instrumentalisiert zu werden.

Für Birnbacher ist somit die Menschenwürde eine Bezeichnung bzw. eine Zusammenfassung von mehreren verschiedenen Rechten. Er betont, dass sich daraus auch Ansprüche ableiten lassen von anderen Leistungen zu bekommen, beispielsweise genug zum Essen, oder einen bestimmten handlungsfreien Raum, der für ihn auch mit Menschenwürde verbunden ist. Er erweitert somit diese Vorstellung auf grundlegende Menschenrechte. Auch das Prinzip der Autonomie kann unter den zweiten Punkt

³⁹ Vgl. Dieter Birnbacher, *Instrumentalisierung und Menschenwürde. Philosophische Anmerkungen zur Debatte um Embryonen- und Stammzellforschung*, Düsseldorf 2001, 243-257.

subsumiert werden, sodass ein Verstoß der Menschenwürde widerspricht. Wenn nun die Menschenwürde im Sinne eines Bündels von Grundrechten definiert wird, sollen mit diesen Grundrechten bestimmte Grundgüter gesichert werden. Da es hier um elementare Rechte geht, wird die Menschenwürde bei dieser Interpretation als nahezu absolut angesehen.

Spricht man von der Unantastbarkeit der Menschenwürde, interpretiert Birnbacher diese Unantastbarkeit in dem Sinn, dass diese gewichtigen Rechte nicht einfach gegen andere Rechte aufgewogen werden können. Die oben angeführten Rechte dürfen nur untereinander abgewogen werden, denn nach außen hin gelten sie als unabwägbar. Sie sind also unantastbar und unabwägbar. Sie dürfen Menschen unter keinen Umständen abgesprochen werden. Aufgrund dieser Grundsicherung der notwendigen Güter, die mit ihren Rechten verbunden sind, wird die Würde von Birnbacher so hoch gewichtet.

Dieser Würdebegriff ist aber eher so zu verstehen, dass diese Würde einzelnen Menschen zukommt. Das lässt bei ihm auch offen, ob es vielleicht nicht doch Gründe geben kann, sie Menschen nicht mehr zuzusprechen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen nicht oder nicht mehr erfüllen.

In diesem Zusammenhang ist hier nur kurz auf das Problem bei Peter Singer⁴⁰ einzugehen, der den Würdebegriff und den Schutz des Lebens an den Personenbegriff bindet. Er stellt somit neben der Leidensfähigkeit auch auf eine gewisse Zukunftsperspektive ab. Die Frage lautet dann: Ab wann ist ein Mensch Person und ab wann nicht mehr? Wichtig ist auch sein Speziesvorwurf, denn er dehnt die Würde auf bestimmte Tiere aus.

Warum haben die Menschen eine solche Sonderstellung?

Diese Sonderstellung wird in der Geschichte vor allem durch das Christentum vertreten. Sie verweist auf die Gottesebenbildlichkeit des Menschen (Imago-Dei-Konzept oder Lehre), davon wird die Würde abgeleitet. Diese Gottesebenbildlichkeit zeigt sich in der Vernunft des Menschen. Auch Kant steht in dieser Tradition. Weiters wären beispielsweise Augustinus und Thomas von Aquin zu nennen. Es ist die Vernunft, die

⁴⁰ Vgl. Singer, *Praktische Ethik*, 120 ff.

die Menschen gegenüber anderen Wesen auszeichnet. In diesem Konzept sind das Entscheidungsvermögen und die Vernunft wichtig. Die Menschen sind der Natur, die Gott ihnen gegeben hat, verpflichtet. Sie dürfen nicht selbst darüber verfügen oder diese Natur verändern. Würden sie dies tun, dann widerspräche es dem Menschenwürdekonzept und dem dahinter liegenden Vernunftprinzip. Dieses Argument wird heute sehr oft gegen die Sterbehilfe vorgebracht, also Menschenwürde aufgrund der Gottesebenbildlichkeit.

Geschichtlich hat sich diese Vorstellung in der Renaissance gelockert.

Von G. Pico della Mirandola (1463 – 1494) ist eine Rede bekannt, die heißt:

„*Oratio de hominis dignitate*“, deutsch, „*Über die Würde des Menschen*“.

Er bezieht sich auf den Schöpfungsmythos und die Gottesebenbildlichkeit, deutet sie aber um. Pico lässt den Schöpfer zu Adam, als Stellvertreter für den Menschen, sagen:

Wir haben dir keinen festen Wohnsitz gegeben, Adam, kein eigenes Aussehen noch irgendeine besondere Gabe, damit du den Wohnsitz, das Aussehen und die Gaben, die du selbst dir ausersiehst, entsprechend deinem Wunsch und Entschluß habest und besitzt. [...] Du sollst dir deine [Natur] ohne jede Einschränkung durch Enge, nach deinem Ermessen, dem ich dich anvertraut habe, selber bestimmen.⁴¹

In diesem Zitat wird also die Selbstbestimmung dem Menschen aufgrund der Erlaubnis Gottes zuerkannt. Die Menschen dürfen selbst entscheiden, wie sie leben und sterben wollen. Somit wird die Verpflichtung auf ein vorgegebenes Konzept (Schöpfungsgeschichte) von Gott selbst außer Kraft gesetzt und daher ist es nicht mehr menschenunwürdig, auch die menschliche Natur zu verändern. Somit kann der Mensch, als eigener Gestalter, nach seinem freien Willen selbst entscheiden, wie und wo er sein möchte. Darin liegt seine besondere Würde und daher ist er Abbild Gottes. Pico vergleicht den Menschen aufgrund seiner Wandlungsfähigkeit mit einem Chamäleon.

Gattungswürde:

Bei diesem Konzept kommt die Würde nicht den einzelnen Menschen zu, sondern der Gattung Mensch. Hier sollen bestimmte Gattungsmerkmale bzw. Gattungseigenschaften geschützt werden. Es geht vor allem um anthropologische Vorstellungen der Menschheit, denen der einzelne Mensch zu entsprechen hat. Das kann auch mit der Gottesebenbildlichkeit verbunden werden. Es gibt also normierende Feststellungen vom

⁴¹ Vgl. Giovanni Pico della Mirandola, *Über die Würde des Menschen*, Hamburg 1990, 5 f.

Menschsein. Körtner⁴² spricht in diesem Zusammenhang von der Leidensfähigkeit der Menschen. Weil der Mensch ein leidensfähiges Wesen ist, muss er dieses Leid ertragen. Die Menschen können wieder auf das Ideal des Menschseins verpflichtet werden. Dieses Argument betrifft auch die Sterbehilfedebatte, denn er meint, dass man auch dem Leid in dieser Phase noch einen Sinn abgewinnen kann. Es geht hier um ein Ideal, um anthropologische Vorstellungen und dahinter steht die Frage: Was macht das wahre Menschsein aus? Wer dem wahren Menschsein nicht entspricht, hat sich selbst als menschenunwürdig erwiesen.

Eine andere Bedeutung, die heute in der Medizinethik, vor allem auch in der Bioethik immer wichtiger wird, ist die Gewährleistung und Sicherung der Identität der biologischen Gattung. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um die medizinische Forschung. Grundlage sind die Chimären, also diese Mischwesen von Tier und Mensch, in der Mythologie. Heute geht es um Themen, wie z.B. der Vermischung von tierischen und menschlichen Genen. Das Stichwort lautet: Tiere als Ersatzteillager für die Menschen. Es gibt zahlreiche Versuche, bei denen tierische Organe, oft von Affen oder Schweinen, in Menschen eingepflanzt werden, die aber noch aufgrund der Abstoßungsreaktionen als gescheitert angesehen werden müssen, weil die Menschen in der Folge gestorben sind. Nach wie vor wird aber mit großer Intensität an der Verträglichkeit geforscht und weitere Experimente durchgeführt. Solche Versuche werden von vielen Ethikern abgelehnt, weil die Menschenwürde dabei verletzt wird. Die Kritik lautet: In diesem Bereich werde die biologische Gattung Mensch in Frage gestellt und die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Gattungen aufgehoben (Reinheitsgebot). Diese Zulässigkeit der Vermischung von Tier als Ersatzteillager und Mensch wird heute immer heftiger vor allem auch im Zusammenhang mit der Organspende diskutiert. Die Nachfrage an Organen steigt aufgrund der längeren Lebenszeit immer mehr an und kann nicht mehr durch menschliche Organe abgedeckt werden. Man sieht diese Entwicklung auch anhand der langen Wartelisten, wo Personen vorzeitig sterben müssen, weil keine entsprechenden Organe zur Verfügung stehen. Es ist bekannt, dass der Schwarzhandel mit Organen blüht.

⁴² Vgl. Ulrich H.J. Körtner, *Bedenken, das wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik*, München 1996.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang sind die heftig geführten Diskussionen, die sich aufgrund der fortschreitenden Technisierung und der damit verbundenen zunehmenden Implantation von technischen Geräten, z.B. künstliche Herzen, in Menschen ergeben. Die dementsprechende Frage lautet: Wie viele und welche Maschinen (künstliches Ersatzteillager) dürfen im Menschen enthalten sein, damit diese nicht der Menschenwürde widersprechen? Ab einem bestimmten Prozentsatz wird diese Vorgangsweise von einigen als menschenunwürdig angesehen. Hier finden wir wieder einen ganz anderen Menschenwürdebegriff als jenen von Birnbacher oder dem Instrumentalisierungsverbot von Kant.

Das Prinzip der Menschenwürde und der daraus resultierenden individuellen Menschenrechte ist grundsätzlich weltweit anerkannt, unabhängig davon, wie sie nun in den einzelnen Staaten ausgelegt und innerstaatliche geregelt werden.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte:

UNO-Resolution 217 A (III) vom 10. Dezember 1948

Aufgrund der Situation im Nationalsozialismus wurde 1948 die Menschenrechtskonvention von 1948 deklariert:

Wir finden in der Präambel „die Anerkennung der allen Mitgliedern der menschlichen Familie innewohnende Würde und ihrer gleichen und unveräußerlichen Rechte“.

Artikel I:

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollten einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“

Artikel III:

„Jede Person hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit.“

Die Würde des Menschen ist mit seiner Existenz gegeben, aber hier beginnen, wie erwähnt, die Interpretationsprobleme ab wann und wie lang ein Mensch als Mensch anzusehen und damit verbunden ihm Menschenwürde zuzusprechen ist.

Die Menschenwürde ist Gegenstand nicht einer Zuerkenntnis, sondern Anerkenntnis. Sie kommt somit allen Menschen gleicherweise zu, also jedem einzelnen Menschen, unabhängig von Geschlecht, Rasse, soziokulturellem Kontext, von sonstigen

Eigenschaften, Leistungen oder Zuständen. Diese Unabhängigkeit garantiert die Gleichheit der Würde aller Menschen allein aufgrund der Tatsache, dass sie Menschen sind, also der Gemeinschaft der Menschen angehören. Die Würde selbst liegt darin, dass der Mensch ein Wesen mit Vernunft und Gewissen und ein Wesen der Freiheit ist. Unter Freiheit im Sinne dieser Deklaration ist aber nicht der aktuelle Freiheitsvollzug gemeint, sondern das prinzipielle Frei-Sein-Können.

Bei der individuellen Würde sind zwei Aspekte zu beachten, die dem Menschen als einem personal-leiblichen Wesen entsprechen: Ausdruck des personalen Aspekts ist das Menschenrecht auf Selbstbestimmung nach besten Wissen und Gewissen. Weil der Mensch aber auch ein leibliches Wesen ist, umfasst die individuelle Würde auch den menschlichen Leib. Ausdruck des leiblichen Aspekts ist das Menschenrecht auf leibliche Integrität und Leben, das generelle Tötungsverbot sowie das Recht auf materielle Bedingungen selbständiger Lebensgestaltung.

Würde kann aber auch eine Lebensform, eine Gestalt gelingenden Lebens, eines menschenwürdigen Lebens bedeuten. Diese ethische Grundüberzeugung von der Würde des Menschen wird im obersten Moralprinzip zum Ausdruck gebracht.

Seine gängige Formulierung lautet:

Das als gut Erkannte ist zu tun, und das als böse Erkannte ist zu meiden.

Diese unterschiedlichen Würdebegriffsdefinitionen von denen hier nur einige genannt wurden, zeigen sich auch in der Sterbehilfedebatte, weil diese einen Einfluss auf die unterschiedlichen Ergebnisse haben.

7.6. Der klassische Konflikt im Arzt-/Patientenverhältnis - Wohl gegen Wille

Auf der einen Seite stehen die Ärzte, die dem Berufsethos verpflichtet sind, also das Wohl der Patienten im Auge haben, auf der anderen Seite stehen die Patienten mit ihren Interessen und Werthaltungen und ihrem Willen, der nicht immer mit der Vorstellung des Arztes übereinstimmen muss.

Die Standardfrage lautet daher?

Wie ist zu entscheiden, wenn Patienten eine hilfreiche Maßnahme, bzw. Behandlung ablehnen und damit sogar den Tod in Kauf nehmen?

Hierzu ein Beispiel:

Im Krankenhaus liegt eine Patientin, die eine Punktion und eine Spritze mit Antibiotika gegen ihre bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung) aus persönlichen Gründen ablehnt. Annahme: Es geht hier um eine Patientin, bei der die Behandlung als sinnvoll erachtet wird und diese lehnt sie ab.

Darf nun der Arzt aus moralischer Sicht trotzdem behandeln oder geht die Selbstbestimmung trotz möglicher Inkaufnahme des Todes vor? Wie ist vorzugehen, wenn die Patientin nie einwilligungsfähig war oder nicht mehr ist?

Je nachdem, welches Selbstverständnis der Arzt nun zu seinem Beruf hat, welche eigenen moralischen Vorstellungen im Bezug auf das Wohl und den Willen des Patienten und der Gerechtigkeit allgemein, wird die Antwort sehr unterschiedlich ausfallen. Das heißt nun aber nicht unbedingt, dass diese Unterlassungspflicht, also keine Behandlung ohne Einwilligung, auch moralisch gerechtfertigt ist. Denn es kann gute Gründe dafür geben den Patienten auch gegen seinen Willen sehr wohl zu behandeln. Es ist nämlich auch die Aufgabe der Ethik rechtliche Regeln auf ihre Moralität hin zu überprüfen. Wie soll eine rechtliche Regelung aussehen, damit sie beiden Komponenten in vertretbarer Weise gerecht wird?

8. Arzt-Patienten- Beziehung

Im Folgenden werden an Hand des unter Punkt 7.6. genannten Beispiels die drei Modelle und die daraus resultierenden unterschiedlichen Ergebnisse vorgestellt.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient hat sich im Laufe der Zeit sehr stark verändert, obwohl auch heute noch in der Medizin und bei der Pflege pflegebedürftiger Menschen das aus der Tradition stammende paternalistische Modell zur Anwendung kommt. Diese nach wie vor weit verbreitete Einstellung wird oft als ein Argument für den Ruf nach der Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe und dem dadurch zu gewährleistenden selbstbestimmten Leben verwendet. Diese Modelle sind Extrembeispiele, die in dieser Reinform in der Praxis nicht vorkommen. In Bezug auf die vielen Konflikte in der Ärzteschaft ist auch zu betonen, dass unterschiedliche Modelle ihr Selbstverständnis im Zusammenhang damit, was sie nun tun dürfen und was nicht, prägen, wobei hier sowohl die moralische als auch die rechtliche Seite zu beachten ist. Weiters spielt die unterschiedliche Gewichtung der Prinzipien eine große Rolle.

8.1. Paternalistisches Modell

Hier geht man von der Annahme aus, dass es für die Feststellung des Patientenwohls, also der Gesundheit, nur objektive Kriterien gibt. Der Arzt wird als Vormund/Vater gesehen, daher auch die traditionelle Bezeichnung. Die Verantwortung für Heilung, Behandlung und Linderung obliegt allein den Ärzten. Funktioniert beispielsweise die Niere, so ist der Mensch gesund, funktioniert sie nicht, dann ist die Person krank. Die Aufgabe des Arztes ist nun die Funktionsfähigkeit dieser Niere wieder herzustellen und die Folge ist die Gesundheit des Betroffenen. Auf die Wünsche, Gefühle und Interessen der Patienten wird nicht eingegangen. Bei diesem Modell wird nur nach den Prinzipien der Wohltätigkeit und des Nicht-Schadens vorgegangen. Nicht zum Tragen kommen das Autonomieprinzip und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

So ist gemäß dem oben genannten Beispiel die Patientin auf alle Fälle zu behandeln, unabhängig davon, ob sie einwilligungsfähig ist oder nicht.

8.2. Vertragsmodell

Das andere Extrem bildet ein Modell, das nur von wenigen vertreten wird. Hier werden die Ärzte nur als Dienstleister angesehen. Es erfolgen die sachlichen und notwendigen

Informationen seitens der Ärzte. Es ist nicht notwendig, dass der Arzt ein Interesse an der Gesundheit der Patienten hat. Auf Präferenzen und Wünsche der Patienten wird nur im Zusammenhang mit den benötigten Informationen eingegangen. Die Entscheidungsgewalt liegt ausschließlich bei den Betroffenen. Dieses Modell wird von vielen deshalb kritisiert, weil das Autonomieprinzip überbetont wird und die Verantwortung auf die Seite des Patienten verlagert wird. Man geht von einem rationalen Menschenbild aus, also von einem Menschen, der selbst in der Lage ist sich die nötigen/erforderlichen Informationen zu beschaffen und aufgrund dieser, selbstverantwortlich die entsprechenden Entscheidungen treffen kann. Hier setzt ein weiterer Kritikpunkt an, der besagt, dass viele Menschen in einer bestimmten Situation gar nicht in der Lage sind nur anhand dieses sachlichen Wissens eine solche sehr tiefgreifende Entscheidung treffen zu können. Sie benötigen Hilfe und Unterstützung bei der Verarbeitung des Datenmaterials und bei der Entscheidungsfindung und daraus ergibt sich die nächste Frage: Was geschieht mit jenen Personen, die aus bestimmten Gründen nicht mehr entscheidungsfähig sind? Hat der Arzt nicht doch eine gewisse Verantwortung im Zusammenhang mit seinem Berufsethos und aus Gerechtigkeitserwägungen?

Gemäß unserem Beispiel würde die Patientin nicht behandelt werden oder im Zuge der Informationen ihre Entscheidung ändern und sich behandeln lassen. Fehlt die Einwilligungsfähigkeit, so müsste nach der mutmaßlichen Einwilligung gesucht werden. Ist diese nicht zu eruieren dann ist zu behandeln.

8.3. Partnerschaftlich-deliberatives Modell

Eine Mittellösung bietet dieses Modell, weil es versucht, den verschiedenen Prinzipien gerecht zu werden, aber aufgrund der paternalistischen Einstellung vieler Ärzte ist es heute noch kaum Realität. Es wird ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen den Parteien angestrebt. Man geht davon aus, dass die Partner, obwohl sie ein unterschiedliches Wissen haben und in einem ungleichen Verhältnis stehen, trotzdem versuchen, zu einer gemeinsamen und realistischen Vorstellung darüber zu kommen, ob eine Heilung möglich ist oder nicht, welche Behandlungen zielführend sind und mit welchen Krankheiten und Zuständen der Betroffene leben muss, wenn eine Besserung nicht mehr möglich ist. Der Arzt kommt auf der einen Seite seinen Informationspflichten nach, auf der anderen Seite berücksichtigt er auch die Interessen und Wünsche und respektiert das Selbstbestimmungsrecht seiner Patienten. Das Ziel ist

eine gemeinsame Lösung und Entscheidung. Die Verantwortung wird geteilt, nicht wie bei den anderen Modellen, wo die Verantwortung bzw. Entscheidungsgewalt einseitig beim Arzt oder Patienten liegt. Auf der Seite des Arztes spielen die Prinzipien der Wohltätigkeit und des Nicht-Schadens und auf der Seite des Patienten die Selbstbestimmung/Autonomie eine Rolle.

Liegt nun ein Konfliktfall vor, weil keine gemeinsame Lösung gefunden werden kann, so ist eine Pattstellung gegeben. In einem solchen Fall geht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten vor. Diese Konfliktregelung gibt es im österreichischen und deutschen Recht. Wie erwähnt, darf niemand zu einer Behandlung gezwungen werden, auch dann nicht, wenn ohne Behandlung der Tod eintreten würde. An dieser Stelle wird immer das Beispiel mit der Bluttransfusion bei den Zeugen Jehovas angeführt, weil diese aus religiösen Gründen fremdes Blut ablehnen. Nach österreichischem Recht dürfen Erwachsene diese Bluttransfusion nicht erhalten, wenn sie diese ablehnen. Anderes gilt für Minderjährige, wo sich dann meistens die Jugendfürsorge einschaltet, weil eine Verweigerung der Behandlung gegen das Wohl des Kindes spricht, das ja selbst entscheidungsunfähig ist.

Auf der anderen Seite sind aber auch die moralischen Konflikte eines Arztes zu berücksichtigen, der einen Patienten im Extremfall vor dem Tod retten könnte, dieser aber eine weitere Behandlung ablehnt. Dieser Sachverhalt ist wiederum ein Argument gegen die Sterbehilfe, weil der Arzt bzw. der Berufsethos auch heute noch primär auf das Heilen von Krankheiten und das Lindern von Schmerzen und nicht auf das Töten von sterbewilligen Patienten abstellt. Man kann Ärzte nicht zwingen, Sterbehilfe zu leisten. Die Konsequenz ist, dass, wenn man Ärzte in Österreich und Deutschland fragt, ob sie heute aktive Sterbehilfe oder Beihilfe zum Suizid oder, allgemeiner formuliert, legalisierte Sterbehilfe im Bedarfsfall leisten würden, von vielen die Antwort kommt, dass sie dies ablehnen würden. Andererseits betonen aber auch Ärzte, dass sie im Zusammenhang mit der Durchführung einer Sterbehilfe heute immer mehr von den Patienten angesprochen werden. Aufgrund dieser noch eher ablehnenden Haltung, auch aus der Tradition heraus, besteht weiters die Gefahr, dass Ärzte die Patienten in ihrem Sinn manipulieren, weil sie solche Entscheidungen nicht akzeptieren können. Es ist oft sehr schwierig, dem Patienten klar zu sagen, dass er aus moralischen Gründen keine

Sterbehilfe leistet. Der Vorwurf an die Ärzte lautet auch, dass sie sich nicht mit dem Sterbehilfeproblem auseinandersetzen wollen.

In unserem Beispiel würde der Arzt mit der Patientin sprechen und versuchen, sie von der Behandlung zu überzeugen, aber nicht durch Manipulation oder Zwang. Er muss daher gegebenenfalls die negative Entscheidung der Patientin keine Behandlung zu wollen akzeptieren, auch wenn es seinen moralischen Überzeugungen und seinem Selbstverständnis widerspricht. Bei einem nicht-einwilligungsfähigen Menschen ist grundsätzlich weiter zu behandeln, außer es lässt sich der mutmaßliche Wille feststellen.

9. Sterbehilfe

Die bisherigen Ausführungen sollten einige Aspekte bereits aufgezeigt haben, die auch bei der Thematik Sterbehilfe anzutreffen sind und zu heftige Diskussionen führen.

9.1. Das Sterben heute

Wie bereits eingangs erwähnt, findet heute in den meisten Industrieländern das Sterben überwiegend in Krankenhäusern, Alters- und Pflegeheimen oder Hospizeinrichtungen statt (70-80%). Dieser Sterbeprozess kann aufgrund der verschiedensten Interessen aber auch sehr verzögert werden. Immer weniger Menschen nehmen jedes Leid als gottgewolltes Schicksal hin. Daher müssen heute viele Fragen aus moralischer Sicht anders beantwortet werden, als dies noch vor einiger Zeit getan wurde. Aufgrund der Neubewertung und mit der zunehmenden Technisierung und Überalterung der Gesellschaft und veränderter Moralvorstellungen tauchen immer wieder neue Debatten in der Öffentlichkeit auf. Die derzeitige finanzielle Situation des Gemeindewesens bietet ebenfalls extremen Zündstoff. Ein aktuelles Thema zeigt sich derzeit anhand der heftigen Diskussionen über die Legalisierung der Sterbehilfe.

Was versteht man nun unter Sterbehilfe im Gegensatz zur Sterbebegleitung?

Wenn wir uns dieser Frage an dem Hintergrund eines natürlichen Sterbeprozesses annähern, geht es bei der Sterbehilfe darum entweder den bereits bei einem Patienten eingetretenen Sterbeprozess zu beschleunigen oder ihn vorzeitig einzuleiten. Auch die Rückgängigmachung einer künstlichen Lebensverlängerung ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, weil dadurch die Sterbehilfeproblematik noch verschärft wird. Es geht also hier nicht darum die Menschen im Sterbeprozess zu begleiten, wie es die Aufgabe der Hospizbewegung oder Palliativmedizin ist.

Unter welchen Umständen kann nun eine künstliche Lebensverlängerung abgebrochen werden und wie ist eine solche Tötung des Patienten rechtlich und moralisch zu bewerten?

Wie ist die Sterbehilfe generell moralisch und rechtlich einzustufen?

Auf der einen Seite steht der Schutz des Lebens bzw. das Recht auf Leben des Menschen und damit verbunden das Tötungsverbot, auf der anderen Seite steht die Autonomie und die Selbstbestimmung des Menschen über sein Leben und auch sein

Ende frei verfügen zu können. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob man auf das Recht auf Leben verzichten kann, weil es nur ein Abwehrrecht gegenüber anderen ist. Dazu gibt es zahlreiche rechtliche und moralische Kontroversen in der Literatur.

Bevor nun näher auf diesen Themenkomplex einzugehen ist, sind noch einige Begrifflichkeiten genauer darzulegen.

9.2. Begriffsbestimmungen

Folgende Begriffe sind, obwohl auch nicht unstrittig, in der Literatur weitgehend anerkannt.

9.2.1. Freiwillige, unfreiwillige und nicht-freiwillige Sterbehilfe

Die freiwillige Sterbehilfe:

Die freiwillige Sterbehilfe erfolgt gemäß dem Willen des Patienten. Der Betroffene äußert ausdrücklich den Willen zu sterben bzw. hat ihn früher geäußert oder es existiert eine Patientenverfügung, die für ihre Anerkennung alle Bedingungen erfüllt. Strittig ist, wann eine gültige Einwilligung vorliegt.

Die nicht freiwillige Sterbehilfe:

Darunter versteht man, dass der Patient keine Willensäußerung mehr abgeben kann, er aber vor diesem Ereignis, z.B. einem Unfall, diese Willensfähigkeit besessen hat. Hier wären beispielsweise eine permanenten Bewusstlosigkeit oder ein Wachkoma zu nennen.

Die unfreiwillige Sterbehilfe:

Diese ist gegen den Willen des Betroffenen. Der Patient äußert ausdrücklich den Willen die Sterbehilfe nicht in Anspruch zu nehmen, der Arzt leistet sie trotzdem. Meistens werden auch solche Fälle darunter subsumiert, bei denen die Patienten gar nicht gefragt werden. Inwieweit man hier noch von Sterbehilfe sprechen kann, ist strittig. Diese Art wird von fast allen abgelehnt, sie kommt jedoch in der Praxis sehr oft vor.

Informierte Einwilligung:

Diese liegt dann vor, wenn der Patient über seinen Zustand ausreichend informiert bzw. aufgeklärt wurde, die Aufklärung auch verstanden hat und aufgrund dessen freiwillig und entscheidungskompetent die Zustimmung zu einem Handeln oder Unterlassen gegeben hat. Auch hier handelt es sich um sehr vage Begriffe, die unterschiedlich interpretiert werden. Was bedeuten Begriffe wie, freiwillig, ausreichend, entscheidungsfähig und verstanden haben in der Praxis?

Mutmaßliche Einwilligung:

Hat nun eine solche Person vor dem Eintritt dieses Zustandes, beispielsweise einer Bewusstlosigkeit, sich nicht ausdrücklich dazu geäußert, wie im Bedarfsfall mit der Sterbehilfe umzugehen ist, dann muss versucht werden, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ergründen. Zu diesem Zeitpunkt ist der aktuelle Wille nicht bekannt und das Ziel sollte es nun sein seinen Willen aufgrund seiner allgemeinen Lebenseinstellung zu bestimmten Werten, die für den Betroffenen sehr wichtig sind, und zu denen er sich während seines Lebens bereits geäußert hat, herauszufinden. Es geht also um die Frage, wie er sich in dieser Situation entscheiden würde. Das ist natürlich auch eine entsprechende Auslegungssache, die sehr oft von den Patienten nahe stehenden Personen oder Angehörigen missbraucht werden kann, um beispielsweise an das Erbe heranzukommen oder keine Aufwendungen mehr für den Patienten leisten zu müssen. Noch schwieriger ist die Situation dann, wenn von verschiedenen Personen unterschiedliche Äußerungen zur Bewertung des mutmaßlichen Willens des Patienten getätigt werden.

Diese äußerst umstrittene Problematik mit der mutmaßlichen Einwilligung zeigt sich anhand eines sehr prominenten Falles in Amerika 2005 von Terri Schiavo⁴³, der weltweit durch alle Medien ging, großes Aufsehen erregte und die gesamte Thematik der mutmaßlichen Einwilligung aufzeigt.

Bei ihr wurde durch Sauerstoffmangel das Gehirn so stark geschädigt, dass sie 1990 ins Wachkoma fiel. Aufgrund dieser Schädigung war die Wiedererlangung des

⁴³ Vgl. Stephan Holthaus; Timo Jahnke, *Aktive Sterbehilfe. Ausweg oder Irrweg?* Gießen 2008, 12.

Bewusstseins praktisch ausgeschlossen, aber sie reagierte auf Reize, wie es in solchen Fällen oft vorkommt.

Ihr Ehemann, Michael Schiavo, der für den mutmaßlichen Willen seiner Gattin die Entscheidungskompetenz hatte, betonte, dass der Wunsch seiner Gattin der Behandlungsabbruch wäre, weil sie unter diesen Bedingungen nicht mehr weiterleben wolle. Er stritt seit 1998 mit den Eltern von Terri, Mary und Bob Schindler, die für die Fortsetzung der Behandlung waren, um diese Entscheidung. Dieser "Fall" war Gegenstand von über 50 Gerichtsverfahren und ging durch alle Instanzen und Medien. Viele Unklarheiten konnten nicht geklärt werden.

Argumente, die vom Ehegatten vorgebracht wurden, sind folgende: Seine Frau hätte sich früher mehrfach gegen eine künstliche Verlängerung des Lebens ausgesprochen und so, wie er seine Gattin kenne, wolle sie unter diesen Umständen die Lebensverlängerung nicht. Die Eltern haben jedoch eingewendet, sie würden ihre Tochter besser kennen und glauben, dass sie auch in einer solchen Situation weiterleben wolle. Rein rechtlich gesehen wurde den Argumenten des Mannes letztendlich Recht gegeben. Das Gericht entschied im Februar 2005, die künstliche Ernährung endgültig einzustellen und dieses Urteil wurde am 18.3. vollzogen. Terri starb daraufhin 13 Tage! später, am 31.3.2005.

Aufgrund dieser Entscheidung stellen sich folgende Fragen:

Entspricht dieser mutmaßliche Wille wirklich den eigenen Interessen der betroffenen Person? Verspüren solche Patienten überhaupt noch Hunger, was einige Wissenschaftler verneinen? Sie starb immerhin erst 2 Wochen später. Widerspricht diese Vorgangsweise nicht dem zwar ebenfalls umstrittenen Prinzip der Basisversorgung? Wie groß war der Einfluss der Medien durch ihre tägliche Berichterstattung, der Gerichte, der Sterbehilfeorganisationen und der Politik auf dieses Ergebnis? Dieser Fall hat die Diskussion um die aktive Sterbehilfe im Zusammenhang mit der mutmaßlichen Einwilligung und der Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen weiter gefördert.

Die mutmaßliche Einwilligung wird rechtlich nicht als eine freiwillige Einwilligung bewertet, denn diese gilt nur dann, wenn der Betroffene sich ausdrücklich selbst äußert.

Aber es liegt auch keine unfreiwillige Einwilligung vor. Wie gesagt, das Thema der mutmaßlichen Einwilligung ist sowohl rechtlich als auch moralisch äußerst umstritten, weil hier die Missbrauchsfahren sehr hoch sind. Ebenfalls umstritten ist, ob diese Art von Einwilligung überhaupt grundsätzlich zu beachten ist oder nicht. Die Unsicherheit mit dem Umfang des Rechtsinstituts zeigt sich auch anhand der vielen sehr unterschiedlich begründeten Gerichtsentscheidungen.

Ebenso umstritten ist das Rechtsinstitut der Vertretungsregelung, also der Stellvertreter, der anstelle des Patienten die Entscheidung treffen soll. Diese Vorgangsweise ist ebenfalls ein rechtliches Hilfskonstrukt, denn man geht von der Idealvorstellung aus, dass dieser Stellvertreter so entscheiden wird wie der Patient in dieser Situation entschieden hätte, wenn er dazu die Fähigkeiten noch gehabt hätte.

Im Zusammenhang mit dem Problem der mutmaßlichen Einwilligung und Patientenverfügung verweise ich auf einen Artikel in der *Wiener Zeitung* vom 29.06.2010⁴⁴ „Passive Sterbehilfe ist in Österreich erlaubt, aber nicht geregelt – im Zweifel muss der Arzt weiterbehandeln.“ Es gilt das oberste Gebot: „In dubio pro vita“ und das oberste Gebot ist der Wille des Menschen. Der Arzt selbst kann nur dann eine Behandlung ohne Einwilligung abbrechen, wenn diese ihm sinnlos erscheint. Auf diese Problematik wurde bereits hingewiesen.

9.2.2. Beihilfe zur Selbsttötung/assistierter Suizid

Darunter versteht man die Selbsttötung eines schwerkranken Menschen mit Hilfe eines Arztes oder anderer Personen, wie beispielsweise Angehöriger oder Sterbehilfeorganisationen. Dabei wird dem Todeswilligen ein tödliches Medikament besorgt und dem Betroffenen zur Verfügung gestellt, der dieses Medikament selbst einnehmen kann und das zum schnellen Tod führt. Die Tatherrschaft verbleibt beim Betroffenen. Problematischer sind jedoch jene Fälle, bei denen sich diese Mitwirkung von der reinen Beschaffung von tödlich wirkenden Medikamenten über die Anleitung zur Handhabung des Suizids bis zur Hilfe bei der Einnahme dieses Medikamentes erweitert. Hier trägt der Helfer somit eine Mitverantwortung am Tod eines Sterbewilligen.

⁴⁴ „Passive Sterbehilfe ist in Österreich erlaubt, aber nicht geregelt – im Zweifel muss der Arzt weiterbehandeln“, in *Wiener Zeitung* vom 29.06.2010.

In Österreich fallen beide Varianten als Beihilfe zum Selbstmord unter § 77 StGB (siehe Punkt 11.1.).

Interessant ist, dass der Suizid in Deutschland nicht verboten ist und somit auch nicht die Beihilfe zum Suizid, allerdings nur in der Form, in der die Medikamente dem Sterbewilligen zur Verfügung gestellt werden. Die andere Form ist nicht ausdrücklich verboten, fällt jedoch unter die Tatbestände der Unterlassung der Hilfeleistung oder Körperverletzung. Die Begründung und Rechtfertigung dieser unterschiedlichen Handhabung wird in Deutschland heiß diskutiert. Die Diskussionen gehen in die Richtung, wie in Österreich auch, die erste Variante zu verbieten.

Der Fall Sigmund Freud⁴⁵

Im terminalen Stadium seines unheilbaren Gaumenkrebses bittet Sigmund Freud seinen Arzt, eine tödliche Dosis Morphinum zu injizieren, wenn die Schmerzen so schrecklich sind, dass er sie nicht mehr aushält. Als wieder unerträgliche Schmerzen aufkommen, verabreicht der Arzt innerhalb von zwei Tagen zwei Injektionen. Freud fällt ins Koma und verstirbt.

9.2.3. Passive und aktive Sterbehilfe

Eine weitere Unterscheidung betrifft die Art der Handlung im Zusammenhang mit der Leistung der Sterbehilfe. Bei fast allen Autoren finden sich heiße Diskussion darüber, ob diese Trennung in aktive und passive Sterbehilfe mit den unterschiedlichen Rechtsfolgen rechtlich aufrecht erhalten bleiben soll oder nicht und ob diese unterschiedliche Beurteilung ethisch zu rechtfertigen ist.

9.2.3.1. Passive Sterbehilfe

Darunter versteht man den bewussten Verzicht, also eine Unterlassung, oder die noch weit umstrittenere aktive Beendigung von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen oder Therapien bei sterbenden Personen. Allerdings muss hier der ausdrückliche Wunsch bzw. der mutmaßliche Wille des Patienten vorliegen, um straffrei zu bleiben. Relativ unstrittig ist also diese bewusste Unterlassung, abgesehen von denjenigen, die die Sterbehilfe generell ablehnen. Es geht hier um solche Fälle, wo

⁴⁵ Vgl. Hartmut Kreß, *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz, Selbstbestimmungsrechte und heutige Wertkonflikte*, Stuttgart 2009, 255.

Ärzte bestimmte Maßnahmen nicht mehr ergreifen, bestimmte Maschinen nicht mehr einschalten, gewisse Therapien nicht mehr durchführen oder mit der künstlichen Ernährung nicht mehr beginnen. Die Menschen befinden sich im Sterbeprozess und man lässt sie sterben. In diesem Zusammenhang wird auch die Thematik der Therapiebegrenzung angesprochen und das Schlagwort lautet: Sinn und Nutzen von Behandlungen.

Im Gegensatz zur freiwilligen passiven Sterbehilfe durch Unterlassen, die an sich, wenn alle Bedingungen erfüllt sind, zwar diskutiert wird, aber bei vielen keine moralischen Bedenken auslöst, ist der Therapieabbruch sowohl rechtlich als auch moralisch äußerst umstritten. Es geht bei allen diesen Diskussionen um die Grundfrage, ob aktive Handlungen, wie beispielsweise das Abstellen lebensnotwendiger Maschinen oder die Beendigung einer künstlichen Beatmung, aber auch die Entfernung einer Magensonde (Ernährungsdebatte), zur strafbaren aktiven Sterbehilfe oder zur straffreien passiven Sterbehilfe zu zählen sind.

Einige vertreten nun die Ansicht, dass diese aktive Handlung zur passiven Sterbehilfe zu zählen ist. Der Argumentation liegt der Gedanke zugrunde, dass bei dieser Vorgangsweise nur der natürliche Sterbeprozess wieder zugelassen wird. Es war bereits ein natürlicher Sterbeprozess im Gange und in diesen Prozess wurde bewusst durch aktive medizinische Handlungen eingegriffen, sodass es zu einer künstlichen Lebensverlängerung gekommen ist. Wenn nun diese Behandlungsmaßnahmen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten beendet werden, dann wird sozusagen ein Hindernis entfernt und der natürliche Prozess wieder zugelassen. Es ist also das Wiederzulassen des natürlichen Sterbeprozesses, auf den diese Theorie abstellt und dadurch ist sie der passiven und nicht der aktiven Sterbehilfe zuzurechnen. Ein weiteres Argument ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches besagt, dass jede Behandlung auch abgebrochen werden kann.

Einige, die diese Trennung befürworten, argumentieren unter anderen auch damit, dass bei einem Sterbenden weitere medizinische Therapien sinnlos sind. Hier steht das Nutzenprinzip im Vordergrund. Eine weitere Behandlung würde den schon begonnenen Sterbeprozess nur verlängern und damit verbunden auch weitere Kosten für die

Gesellschaft verursachen. Deshalb beschränkt man sich nur mehr auf die Basisversorgung.

Rechtliche Bewertung der freiwilligen passiven Sterbehilfe:

Das österreichische Recht und auch das deutsche Recht folgen dieser Argumentation, sodass diese Vorgangsweise in der Rechtssprechung zur passiven Sterbehilfe gezählt wird und somit straffrei sein sollte. Sie ist aber in der Rechtsordnung nicht ausdrücklich geregelt. Somit ist sie weder ausdrücklich verboten, noch ausdrücklich erlaubt. Allerdings liegt die Betonung auf „sterbenskrank“ und auf der Freiwilligkeit oder einer gültigen Patientenverfügung. Sie ist bei einem eindeutigen Patientenwillen (Autonomie) sogar verpflichtend, weil der Patient ja nicht gegen seinen Willen behandelt werden darf. Der Hinweis auf die Zulassung des natürlichen Sterbeprozesses wäre also nicht unbedingt notwendig. Bei Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, selbst zu entscheiden, muss bei Vorliegen einer rechtsgültigen Patientenverfügung diese berücksichtigt werden. In Österreich gibt es diese Möglichkeit seit 2006 durch das Patientenverfügungsgesetz. Liegt kein gültiges Dokument vor, ist beispielsweise die Frist zwischen der Erstellung und dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme überschritten, so ist dies bei der Findung des mutmaßlichen Willens zu berücksichtigen.

Die Abgrenzungsproblematik und unterschiedliche Verwendung der Begriffe hat in der Praxis zu einer sehr hohen Grauzone geführt, in deren Folge sich eine große Rechtsunsicherheit sowohl bei den Patienten selbst als auch bei deren Angehörigen, Ärzten und Richter bzw. Gerichten entwickelt hat. Durch diese Nichtregelung und die daraus resultierende rechtliche Unsicherheit ist die passive inklusive Behandlungsabbruch gegen die aktive Sterbehilfe, die strafbar ist, schwer abzugrenzen. Man sieht dies auch anhand der unterschiedlichen Rechtssprechung. Oft sind die Argumente, die für eine Verurteilung oder gegen eine Verurteilung sprechen, so konstruiert, dass hier offensichtlich ist, dass sich die Gerichte bei der Thematik des Abbruchs nicht einig sind. Beispielsweise stellt sich sehr oft bei solchen Abbrüchen die Frage, ob bei der Entfernung einer Magensonde bei Wachkomapatienten dieses Vorgehen nicht der Pflicht der Mindestversorgung des Patienten widerspricht.

Kurze moralische Bewertung der freiwilligen passiven Sterbehilfe:

Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen aufgrund einer ausdrücklichen Willensbekundung oder nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten, wenn der natürliche Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, wird von vielen, aber nicht allen, kaum als moralisch problematisch angesehen. Wie erwähnt, ist aber eine wichtige Voraussetzung, dass während des eigentlichen Sterbeprozesses die Basisversorgung (Schmerzlinderung, gute Betreuung, Hygienevorkehrungen) beibehalten wird. Gegen das Abschalten von Maschinen oder die Beendigung von Therapien gibt es generell viele moralische Bedenken, vor allem auch auf Seiten der Ärzte, die mit dem Abstellen eines Gerätes mehr psychische und moralische Bedenken haben als eine Behandlung erst gar nicht zu beginnen.

Aufgrund der Überbetonung des Selbstbestimmungsrechts zeigt sich ein allgemeines Problem, dass Handlungen sich immer mehr jeder moralischen Bewertung entziehen. Dieser Widerspruch zwischen der Moralität und dem Selbstbestimmungsrecht bleibt bestehen und kann nicht aufgelöst werden. Somit wird der Einfluss der Ethik auf Handlungen dadurch immer mehr eingeschränkt. Diese Entwicklung zeigt sich gerade in der Sterbehilfedebatte sehr deutlich.

Es stehen sich in diesem Zusammenhang somit drei große Gruppen gegenüber.

- Keine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe:

Beide Formen der passiven Sterbehilfe zählen zur aktiven und diese ist strafbar. Gemäß einigen Handlungstheorien wird auch ein Unterlassen als eine aktive Handlung angesehen, die dieselben Folgen ausweist.

- Die Trennung in aktive und passive Sterbehilfe wird befürwortet, aber der direkte Abbruch wird zur aktiven Sterbehilfe gezählt:

Sehr oft werden in der Rechtsprechung aktive Handlungen eines bewussten Therapieabbruchs der aktiven Sterbehilfe zugerechnet.

- Die Trennung wird befürwortet und der direkte Abbruch wird zur passiven Sterbehilfe gezählt:

Diejenigen, die dies vertreten, haben keine moralischen Bedenken gegen diese Vorgangsweise.

9.2.3.2. Aktive Sterbehilfe

Die aktive Sterbehilfe ist Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur passiven Sterbehilfe geht es hier um die bewusste Tötung eines Menschen, um eine als „lebensunwert“ empfundene Situation zu beenden. Es werden aktiv Medikamente verabreicht, die den Sterbeprozess beschleunigen und den vorzeitigen Todeseintritt zur Folge haben. Der Vorsatz besteht hier im Herbeiführen eines vorzeitigen Todeseintritts. Der Übergang der aktiven Sterbehilfe zur Beihilfe zum Suizid und der passiven Sterbehilfe ist fließend, daher auch die große Grauzone in der Praxis.

9.2.4. Direkte und indirekte Sterbehilfe

Die bereits oben erwähnte problematische Rechtslage, die natürlich auch mit einer moralischen Bewertung verbunden ist, wird noch dadurch verschärft, dass bei der aktiven Sterbehilfe noch in eine direkte und indirekte aktive Sterbehilfe unterteilt wird, wo die Absicht, die hinter der aktiven Handlung steht, noch einmal differenziert und damit rechtlich und moralisch unterschiedlich bewertet wird. Es gibt auch Interpretationen, die die indirekte Sterbehilfe als eigene Kategorie neben der passiven und aktiven Sterbehilfe darstellen. Die indirekte Sterbehilfe steht unter einer Risikoabwägung. Auf der einen Seite gibt es die ärztliche Pflicht Schmerzen zu lindern, auf der anderen Seite gibt es das Risiko, dass der Todeseintritt durch eine höhere Dosierung der Schmerzmittel beschleunigt wird.

Diese Unterteilung ist noch wesentlich umstrittener und wird von sehr vielen Juristen und angewandten Ethikern abgelehnt, obwohl die indirekte Sterbehilfe in der Praxis weit verbreitet ist. Hier sind Grenzziehungen zu den anderen Sterbehilfeformen nicht mehr möglich. In beiden Fällen geht es der Intention nach um die Medikamentengabe an schwerkranke Menschen, um die starken anhaltenden Schmerzen bei Patienten zu lindern.

Geht es bei der Medikamentengabe um die bewusste Tötung eines Menschen (unbedingter Vorsatz), also um die Beschleunigung des Sterbeprozesses, dann liegt die strafbare direkte aktive Sterbehilfe vor.

Geht es bei der Medikamentengabe um die Inkaufnahme eines möglichen vorzeitigen Todeseintritts (bedingter Vorsatz) und steht im Vordergrund nur die Absicht der Linderung von Schmerzen, dann liegt die straffreie indirekte Sterbehilfe vor. Eine

eventuelle Lebensverkürzung wird bloß in Kauf genommen. Von fast allen wird sie zur direkten aktiven Sterbehilfe gezählt.

Weitere Diskussionspunkte sind folgende: Die Voraussetzung ist das Vorliegen von starken und anhaltenden physischen Schmerzen. Wie bewertet man nun die Intensität von Schmerzen? Jeder empfindet den Schmerz anders. Es ist der eigene Schmerz und nicht der Schmerz des Arztes, der aber die Bewertung durchführen muss. Die subjektive Bewertung des Patienten muss nicht unbedingt mit der objektiven Bewertung des Arztes übereinstimmen. Allerdings wird hier der Einwand vorgebracht, dass der Arzt aufgrund seiner Erfahrung und dem Krankheitsbild sehr wohl einschätzen kann, ob der Patient an unerträglichen Schmerzen leidet. Weiters zeigen die Forschungsergebnisse, dass die Dosierung der Medikamente immer genauer eingestellt werden kann. Somit sollte das Risiko der Ärzte im Laufe der Zeit immer geringer werden aufgrund der Schmerzlinderung einen vorzeitigen Todeseintritt zu verursachen. Daher müssten sich die Fälle der indirekten aktiven Sterbehilfe in Zukunft verringern. Diesem Argument könnte man mit dem Einwand begegnen, dass Medikamente bei den einzelnen Personen sehr unterschiedlich wirken. Bei einem löst ein Medikament extreme Nebenwirkungen aus, während ein anderer überhaupt keine Probleme bei der Einnahme desselben Medikamentes hat. Somit wird immer ein Restrisiko übrig bleiben.

Warum wird für die indirekte Sterbehilfe diese rechtliche Unterscheidung gemacht?

Die indirekte Sterbehilfe ist ebenfalls in Österreich und in Deutschland rechtlich weder erlaubt noch verboten, weil sie hart an der Grenze der Rechtswidrigkeit ist. Sie steht für ein Beispiel, dessen Sachverhalt man nicht gesetzlich ausdrücklich erlauben will, weil sie den Prinzipien der Rechtsordnung eigentlich widerspricht. Mit dieser Handhabung soll der Widerspruch vermieden werden, der sich daraus ergibt, dass, wenn man die Gabe schmerzstillender Medikamente zur Linderung von Schmerzen verweigern würde, andere strafrechtliche Tatbestände, wie jener der unterlassenen Hilfeleistung oder der Körperverletzung erfüllt wären. Auf dieses Argument stützt man sich im Bezug auf die Straffreiheit der indirekten aktiven Sterbehilfe in der Rechtssprechung, obwohl hier eine bewusste Tötung vorliegt. In diesem Zusammenhang spielt auch die Abwägung zwischen dem Wohltätigkeitsprinzip und dem Nicht-Schadensprinzip eine Rolle. Aber man sieht, dass es hier um einen Bereich geht, der nur mit diversen Hilfskonstruktionen arbeiten kann, um eine Straffreiheit zu untermauern. Das Ergebnis sind heftige

moralische und juristische Diskussionen in der Literatur, weil diese Abgrenzung für viele weder moralisch noch rechtlich nachvollziehbar ist.

Ein weiteres Argument, auf das sich die Befürworter dieser unterschiedlichen Bewertung beziehen, ist die sehr umstrittene Lehre von der Doppelwirkung⁴⁶. Dieses Prinzip kommt aus der katholischen Moraltheologie und besagt folgendes:

Moralisch erlaubt sind Handlungen mit negativen Folgen, hier die mögliche Lebensverkürzung, dann, wenn die Handlung selbst moralisch gut oder neutral ist. Das wäre in diesem Fall die Medikamentenverabreichung zur Schmerzlinderung, wenn man also nur diese guten Folgen beabsichtigt, und die guten Folgen die schlechten überwiegen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob man diese Handlung als moralisch gut bewerten kann, wenn man nicht auch die Möglichkeit der Inkaufnahme des Todes mit einbezieht. Wie definiert man die guten Folgen? Spielt der mögliche vorzeitige Todeseintritt bei der moralischen und rechtlichen Bewertung überhaupt keine Rolle? Geht hier die Schmerzlinderung vor? Was wiegt stärker, die Schmerzlinderung oder das vorzeitige Lebensende? Im Österreichischen und Deutschen Recht ist die Lehre von der Doppelwirkung nicht enthalten, hier greift man auf die oben genannte Argumentation zurück.

Für mich ist sowohl aus juristischer als auch aus moralischer Sicht diese unterschiedliche Bewertung nicht nachvollziehbar, denn in beiden Fällen liegt eine bewusste Tötung vor. Diese Differenzierung lässt sich in der Praxis nicht beweisen. Es handelt sich hier um Hilfskonstrukte, um die Straffreiheit der indirekten Sterbehilfe mit Zwang begründen zu können. Sie gehört zur direkten aktiven Sterbehilfe, die eine Sonderbehandlung sowohl moralisch als auch rechtlich nicht rechtfertigt. Daher ist sehr gut nachvollziehbar, warum der Staat sich hütet sie in der Rechtsordnung eindeutig zu regeln, um sich mit diesen Widersprüchen nicht auseinandersetzen zu müssen. Allerdings zeigt diese Interpretation auch auf, dass sich Ärzte durch die Verweigerung der Schmerzlinderung anderer Vergehen schuldig machen, sodass der Arzt eigentlich in beiden Fällen rechtswidrig handelt.

⁴⁶ Vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 74.

Auch an diesem Beispiel lässt sich sehr deutlich zeigen, mit welchen Widersprüchen die Sterbehilfethematik allgemein behaftet ist und das Spannungsfeld, in dem wir uns bewegen. Auf der einen Seite steht die Leidbekämpfung, die Vorrang haben sollte, und damit verbunden eine mögliche Lebensverkürzung, auf der anderen Seite steht bei einer Verweigerung die Körperverletzung und unterlassene Hilfeleistung. Dazu kommen noch das unterschiedlich interpretierte Berufsethos, die differenten moralischen Einstellungen der Ärzte und das Autonomieprinzip der Patienten. Die Widersprüche sind nicht aufzulösen. Diese Tatsache macht es so schwierig gerade in diesem Bereich eine moralische Bewertung durchzuführen und eine für alle Beteiligten akzeptable Lösung, sowohl von der rechtlichen als auch von der moralischen Seite her, zu finden.

Ein weit verbreiteter Einwand bezieht sich darauf, dass die Sterbehilfe in der Praxis nicht allgemein auf jene Fälle begrenzt wird, bei denen sich die Betroffenen bereits im Endstadium einer unheilbaren Krankheit befinden. Auf die Argumente dafür und dagegen wird noch näher einzugehen sein.

Dauer bis zum Todeseintritt:

In diesem Zusammenhang wird auch immer wieder der Zeitfaktor thematisiert. Bei dieser Lebensverkürzung wird nur von einigen Tagen gesprochen, aber die Realität sieht anders aus. In den Urteilen finden wir, dass oft Wochen oder Monate nach dem Abbruch der Behandlung vergehen, bis der Tod eintritt. Die Akzeptanz oder Nichtakzeptanz von Sterbehilfe hängt auch davon ab, wie der Sterbeprozess selbst abläuft. Empirische Untersuchungen zeigen, dass es gewisse zum Tode führende Handlungen oder Unterlassungen gibt, die per se als inhumaner betrachtet werden als andere. Die breite Zustimmung zur passiven Sterbhilfe in der Bevölkerung ergibt sich auch daraus, dass ein Großteil der Menschen diese mit solchen Maßnahmen in Verbindung bringt, die zu einem schnellen Tod der Betroffenen führen. Das bedeutet, dass beispielsweise das Einstellen der künstlichen Ernährung weniger Akzeptanz findet als das Abstellen einer Herz-Lungen-Maschine, worauf der Tod sofort eintritt. Natürlich spielt hier auch der psychologische Aspekt eine Rolle, weil Maßnahmen, welche Assoziationen zum Ersticken, Verdursten und Verhungern auslösen, die also die Grundbedürfnisse der Menschen in Frage stellen, als besonders unmenschlich betrachtet werden.

Benötigen wir nun eine rechtliche Regelung der aktiven Sterbehilfe?

Diese Frage ist sowohl von der rechtlichen als auch von der moralischen Seite zu beantworten. Damit verbunden ist auch die Frage, ob die Nichtregelung der Sterbehilfe in ihren anderen Formen aufrecht erhalten werden kann.

Wenn wir von der derzeitigen Praxis ausgehen, wäre die Regelung nicht notwendig, da wir die aktive Sterbehilfe nicht brauchen würden. Die passive Sterbehilfe, verbunden mit dem Behandlungsabbruch und die indirekte aktive Sterbehilfe sind theoretisch erlaubt, wobei aufgrund der Beweisproblematik auch die direkte aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid unter die indirekten Sterbehilfe subsumiert werden könnten. Somit wären in der Praxis eigentlich alle Sterbehilfeformen möglich, zunächst einmal unabhängig davon, wie unterschiedlich die Gerichte in Einzelfällen entscheiden. Weiters hat das Autonomieprinzip bzw. das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in eventuellen Konfliktfällen Vorrang. In einem konkreten Fall, wo alle Beteiligten mit der Sterbehilfe einverstanden sind, gibt es keine rechtlichen Probleme, unabhängig davon in welcher Form nun die Sterbehilfe ausgeführt wird. Hier werden die Gerichte gar nicht eingeschaltet. Diese Vorgangsweise deckt sicher einen großen Teil der Sterbehilfefälle in der Praxis ab. Ob der Einzelne nun diese Handlung für sich moralisch rechtfertigen kann oder nicht, bleibt ihm überlassen. In diesem Zusammenhang ist auch die hohe Grauzone zu erwähnen die es in der Praxis gibt. Streitigkeiten ergeben sich in den meisten Fällen daraus, dass das Autonomieprinzip bzw. das Selbstbestimmungsrecht des Patienten oder die Interessen Dritter nicht berücksichtigt werden. Das sind dann die spektakulären Gerichtsfälle, die außerdem noch von den Medien ausgeschlachtet werden und die Befürworter der Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe wieder auf den Plan rufen.

Unabhängig davon, ob man nun die Sterbehilfe generell ablehnt oder nur einzelne Formen davon befürwortet, ist eine ausdrückliche rechtliche Regelung jedoch notwendig. Es würde die Unsicherheit der Ärzte, Patienten, Angehörigen und Gerichte reduzieren. Bei Erlaubnisnormen müssten auch die Bedingungen exakt festgelegt und die Begriffe genauer definiert werden, unter denen die Sterbehilfe generell oder einzelne Formen davon straffrei sein sollen. Das könnte auch die Auslegungsproblematik dieser offenen Begriffe reduzieren. Dasselbe gilt auch für die Verbotsnormen.

Eine andere Frage ist aber, ob sich bei einem kompletten Verbot oder einer Erlaubnis der Sterbehilfe nur unter bestimmten Bedingungen die Grauzone noch vergrößern würde, weil der Bedarf offensichtlich gegeben ist. Man sieht es auch am Sterbetourismus in der Schweiz und der Praxis in den Niederlanden. Diese Thematik ist ebenfalls sehr umstritten. Weiters wäre es auch interessant zu untersuchen, bei wie vielen Todesfällen im Familienverband es sich um echte Todesfälle handelt und bei wie vielen die Angehörigen nachgeholfen haben und der Arzt einfach auf den Totenschein Herzversagen oder Organversagen angibt, ohne die weiteren Hintergründe zu untersuchen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine Grenzziehung zwischen passiver, indirekter aktiver und direkter aktiver Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid nicht möglich ist und die Grauzone, in der die Ärzte agieren, in der heutigen Praxis Realität ist, deren Bestand zwar auch von einer Minderheit bestritten wird.

9.3. Patientenverfügung

Neben der Eruierung des mutmaßlichen Willens bei jenen Patienten, die nicht mehr in der Lage sind im Bedarfsfall selbst zu entscheiden, ob eine Behandlung noch gewollt wird, ein Abbruch durchgeführt werden soll oder der Wunsch nach Sterbehilfe vorhanden ist, gibt es in solche Fällen auch die rechtliche Möglichkeit der Patientenverfügung. Sie ist vor dem Eintritt dieser Situation vom Betroffenen zu treffen. Wenn eine rechtsgültige Patientenverfügung vorliegt - diese Möglichkeit gibt es in Österreich seit März 2006, denn ab diesem Zeitpunkt gibt es das Patientenverfügungsgesetz - so ist diese auf jeden Fall von den Ärzten zu berücksichtigen. In Österreich gibt es eine Untersuchung von Rudolf Körtner aus 2009 mit dem Titel „*Autonomie am Lebensende*“. Diese Studie zur Patientenverfügung besagt, dass nur 3 % der Menschen 3 Jahre nach der Einführung eine solche Verfügung getroffen hatten. Aktuell sind es ca. 4 %. In Österreich wird somit diese Verfügung noch nicht sehr genutzt. Aber auch die Ärzte selbst haben mit den Patientenverfügungen Probleme. Weiters ist die Beschaffung dieser verbindlichen Verfügung für den Aussteller sehr aufwändig und kostspielig und auch die Ärzteschaft kritisiert den zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Auf einige Probleme wird in der Folge noch näher eingegangen. Liegt kein gültiges Dokument vor, ist beispielsweise die Frist zwischen der Abfassung und dem Bedarfsfall überschritten, so ist diese Verfügung bei

der Findung des mutmaßlichen Willens zu beachten, die Ärzte sind aber nicht daran gebunden.

Der Sinn liegt darin, dass rechtsverbindlich festgehalten werden kann, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen in bestimmten Behandlungssituationen vom Betroffenen gewünscht werden, d.h. welche Maßnahmen jemand zur Lebenserhaltung, Lebensverlängerung und Schmerzlinderung ablehnt. Es ist jedoch zu betonen, dass dieses Gesetz nur die Möglichkeit bietet zu regeln, wie man nicht behandelt werden will. Sie ist nicht verbindlich, wenn Handlungsanweisungen darüber enthalten sind, was nun allgemein in einem Anlassfall getan werden soll. Das hat keine rechtlichen Auswirkungen. Es ist jedoch sinnvoll sowohl für die Angehörigen als auch für die Ärzte auch davon Kenntnis zu haben, weil diese Informationen eine Hilfe darstellen, wie mit dem Patienten im Bedarfsfall umzugehen ist.

Die Verfügung muss bestimmten rechtlich relevanten Anforderungen genügen um gültig zu sein. In Österreich muss sie schriftlich sein. Es muss eine ausführliche Beratung stattgefunden haben und sie muss notariell beglaubigt werden. Wichtig ist auch das Datum der Abfassung. In Österreich muss diese Verfügung alle 5 Jahre erneuert werden. Probleme ergeben sich daraus, wenn einerseits eine gültige Patientenverfügung vorliegt und andererseits der Patient im aktuellen Fall einen konträren Willen äußert. Nach welcher Willensäußerung sollen sich nun die Ärzte richten? Diese Frage stellt sich insbesondere dann, wenn zwischen der Erstellung und dem Bedarfsfall nur eine kurze Zeitspanne liegt. Grundsätzlich geht jedoch der aktuelle Wille der Willensäußerung in der Patientenverfügung vor.

Eine weitere Frage, die sich aus dieser Zeitspanne ergibt und die ebenfalls heftig diskutiert wird, ist jene, inwieweit der Wille einer Person, die diese Verfügung im gesunden Zustand getroffen hat, mit jenem Willen übereinstimmt, den sie in einem kranken Zustand hat, wo andere Prämissen, Parameter und Emotionen herrschen. Das Schlagwort ist die Problematik über die Identität des Willens. Das heißt, für die Ärzte besteht eine weitere Unsicherheit darin, ob in dieser Verfügung wirklich der wahre Wille ausgesprochen wird. Vielleicht würde der Patient im Anlassfall unter ganz anderen Bedingungen, eine geänderte Willensentscheidung treffen. In diesem Zusammenhang wird auch von verschiedenen Personen – Persönlichkeiten - gesprochen,

wo der Wille gar nicht übereinstimmen kann, weil sich die Person in einem dauernden Veränderungsprozess während ihres Lebens befindet.

Wie soll nun der Arzt Kenntnis über eine bestehende Patientenverfügung erhalten?

In Österreich gibt es kein zentrales Melderegister bei dem diese Verfügungen abrufbar wären, sodass viele gar nicht bekannt werden. Diskutiert wird diese Verfügung auf der E-Card zu vermerken oder ein zentrales Register zu errichten.

10. Einige Standardargumente in der Literatur

In diesem Kapitel sollen nun einige allgemeine Argumente für und gegen die Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe zusammengefasst werden, auf die sich fast alle Autoren beziehen, die zu dieser Thematik Stellung genommen haben. Allerdings sollten diese Argumente auch für die anderen Formen der Sterbehilfe gelten, wie auch von vielen eingefordert wird. Denn die Kritik lautet, dass diese von fast allen nur bei der Diskussion über die aktive Sterbehilfe ins Treffen geführt werden.

10.1. Für die direkte aktive Sterbehilfe

Wie bereits unter Punkt 9.2.3.2. behandelt, versteht man unter direkter aktiver Sterbehilfe die Gabe von Medikamenten, meist durch den Arzt, mit dem Vorsatz durch diese Medikamente das Leben zu verkürzen. Hier steht also der vorzeitige Todeseintritt als Motiv im Vordergrund.

10.1.1. Lebensverkürzung nach dem Willen und zum Wohl des Patienten

Die Lebensverkürzung ist zum Wohl des Patienten gemäß seinem Willen unter der Voraussetzung einer irreversiblen objektiven (oder subjektiven? Wer entscheidet?) unzumutbaren (was heißt unzumutbar?) Lebensqualität.

Auf der einen Seite steht das Autonomieprinzip, aber auch der Nutzen oder das Interesse und das Wohltätigkeitsprinzip sprechen nicht gegen diese Vorgangsweise, weil es immer Fälle geben wird, bei denen man davon ausgehen kann, dass das Weiterleben schlechter ist als nicht mehr zu leben. Insofern spricht einiges dafür, dass es auch zum Wohl des Patienten zu zählen ist, wenn er nicht mehr leben und leiden muss. Auch das Tötungsverbot spricht nicht dagegen, weil es von den meisten aufgrund der bereits bestehenden Ausnahmeregelungen nicht als absolut angesehen wird. Dieses Argument überschneidet sich mit den unter Punkt 10.1.2. angestellten Ausführungen.

10.1.2. Wohltätigkeit und Selbstbestimmung

Unter diesem Punkt sind sehr viele Argumente zu finden, wie zum Beispiel die Diskussionen über das Tötungsverbot, über die Verfügbarkeit des menschlichen Lebens, über die Würdethematik, über den Widerspruch zum „Recht auf Leben“, eine eventuelle Ableitbarkeit einer Pflicht zur Sterbehilfe aus der Rechtsordnung. Es wird auch argumentiert, dass das Recht auf Leben keine Pflicht zum Leben beinhaltet, sondern

nur ein Abwehrrecht gegenüber Dritten ist, d.h., dass zwar andere mich nicht töten dürfen aber ich auf dieses Recht verzichten darf. Wenn nun jemand den Wunsch äußert zu sterben, dann verzichtet er folglich auf dieses Recht, also geht der Einwand des Rechts auf Leben in die Leere. Sollte das anders interpretiert werden, würde dies bedeuten, dass wir eine Pflicht zu leben hätten und das lässt sich aus der Rechtsordnung nicht ableiten.

„Aktive Sterbehilfe wird in Österreich befürwortet“⁴⁷

Knapp zwei Drittel der Befragten sprachen sich bei einer Umfrage dafür aus, dass ein Arzt einen Patienten auf dessen Wunsch tötet.

Diese Umfrage wurde im Auftrag der Med-Uni Graz durchgeführt. Demnach befürworteten mittlerweile 62 % der Befragten die aktive Herbeiführung des Todes auf Patientenwunsch, wobei Männer mit 66 %, und Frauen mit 58,5 % für die aktive Sterbehilfe eintraten. Dies ist eine Steigerung um 13 Prozent gegenüber dem Jahr 2000. Im Rahmen der Erhebung des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie wurden 1.000 Österreicher ab 16 Jahren telefonisch befragt, wobei die Einstellung sowohl zur aktiven als auch zur passiven Sterbehilfe erhoben wurde. Bei vergleichbaren Befragungen des IMAS-Instituts in den Jahren 2000 und 2006 sprachen sich erst 49 % dafür aus.

Interessant ist jedoch, dass bei einem konkreten Fallbeispiel der aktiven Sterbehilfe nur 58 % diese befürworten. Der Grazer Sozialmediziner Friedl, der den Schwerpunkt Ethik im Gesundheitswesen und dem Bereich Medizin und Nationalsozialismus behandelt, meint dazu: "Hier zeigt sich, dass Aufklärung anhand von konkreten Fallbeispielen - auch wie es in den Ländern mit erlaubter aktiver Sterbehilfe wirklich zugeht - nützt".⁴⁸

Bei dieser IMAS-Umfrage aus 2006 in Österreich wurde folgende Frage gestellt:

„Sind sie persönlich dafür oder dagegen, dass unheilbar Kranken und schwer leidenden Menschen der Wunsch zum Sterben erfüllt wird?“

Es geht hier vor allem um den Wunsch und die Freiwilligkeit und nicht so sehr um eine moralische Bewertung.

⁴⁷ Vgl. „Aktive Sterbehilfe wird in Österreich befürwortet“, in: *Standard* vom 17. Februar 2010.

⁴⁸ Ebd.

Ergebnis:

- 49 % waren dafür
- 25 % waren dagegen
- 26 % waren unentschieden

Die Studie zeigt, dass sehr viele Menschen eigentlich nicht so viele Bedenken haben, denn die Argumentation lautet, wenn Freiwilligkeit und eine unheilbare Krankheit vorliegt und damit verbunden ein leidvolles Leben, dann sollte der Betroffene die Möglichkeit haben seinem Leben ein Ende setzen zu können.

10.2. Gegen die direkte aktive Sterbehilfe

Aber der oben genannten Befürwortung der Sterbehilfe stehen gravierende Bedenken gegenüber, die nicht ganz zu Unrecht auch von Theologen vorgebracht werden. Hier einige Argumente gegen die Legalisierung.

10.2.1. Verstoß gegen die „Heiligkeit des Lebens“

Die Legalisierung widerspricht der Ansicht der Heiligkeit des Lebens. Das Leben ist ein Geschenk Gottes. Das Leben wurde von Gott gegeben und nur Gott darf über Leben und Tod verfügen. Mit der aktiven Sterbehilfe wird vom Menschen über Leben und Tod verfügt und daher ist aus christlicher Sicht die aktive Sterbehilfe verboten.

Der Katechismus der katholischen Kirche von 1997 beschreibt dies wie folgt:

Jeder ist vor Gott für sein Leben verantwortlich, Gott hat es ihm geschenkt. Gott ist und bleibt der höchste Herr des Lebens. Wir sind verpflichtet, es dankbar entgegenzunehmen und es zu seiner Ehre und zum Heil unserer Seele zu bewahren. Wir sind nur Verwalter, nicht Eigentümer des Lebens, das Gott uns anvertraut hat. Wir dürfen darüber nicht verfügen.⁴⁹

Der Einwand lautet: Dieser Aspekt über die Unverfügbarkeit bzw. die Heiligkeit des Lebens betrifft nur mehr die Anhänger bestimmter Religionen und sie ist nur für diese verbindlich. Hier wird argumentiert, dass die Lehre für diejenigen gilt, die sich davon betroffen fühlen. Es muss aber auch allgemein akzeptiert werden, dass es viele Personen gibt, die diese religiöse Lehre nicht auf sich beziehen können und deshalb die Sterbehilfe befürworten.

⁴⁹ Katechismus der katholischen Kirche (2280) 1997.

Das Eigentumsargument wird oft bei der säkularisierten Diskussion ins Treffen geführt, weil der Eigentümer sehr wohl über sein Eigentum verfügen kann. Daraus wird die Konsequenz gezogen, dass auch das Leben sein Eigentum ist, über das er nach seinem Willen frei verfügen kann. Heute kommt auch oft das simple Argument, bekommt man etwas geschenkt, dann darf man auch darüber verfügen.

In dem oben angeführten Zitat ist als Geschenk jedoch eher eine Leihgabe gemeint, und wir sind nur die Verwalter. Man bekommt nicht das Eigentumsrecht am Leben, weil Gott einem das Leben geschenkt hat. So wie heute das Geschenk interpretiert wird, wird es in der theologischen Lehre nicht verstanden. Das Eigentumsargument für die aktive Sterbehilfe ist weit verbreitet.

10.2.2. Verstoß gegen das Tötungsverbot

Ein weiteres Argument ist jenes, es sollte in einer Gesellschaft doch das Prinzip gelten, dass es moralisch verboten ist Unschuldige zu töten.

Die Logik, die dahinter steht, ist jene:

Es ist moralisch verboten, Unschuldige zu töten.

Aktive Sterbehilfe ist ein Töten Unschuldiger.

Daher: Aktive Sterbehilfe ist moralisch verboten.

Dieses Argument finden wir dort, wo das Tötungsverbot als absolut angesehen wird. Die Befürworter argumentieren nun damit, dass das Verbot bereits Ausnahmen zulässt, wie z.B. die Notwehr, die Todesstrafe in einigen Ländern oder den Krieg.

Ein anderes Argument, das weit verbreitet ist, ist folgendes:

Es ist nicht verboten Unschuldige zu töten, wenn diese auf ihr Recht auf Leben verzichten. Frage: Kann man auf sein Recht auf Leben verzichten? Steht es nicht im Widerspruch zum Lebensschutz? Auch darüber werden heftige Diskussionen geführt. Es wird davon ausgegangen, dass der Lebensschutz zumindest in jeder funktionsfähigen Gesellschaft ein allgemeines Grundrecht ist. Wenn nun die Tötung zugelassen werden würde, wäre die Gesellschaft nicht mehr in Ordnung. Soll daher dieses Grundprinzip wirklich in Frage gestellt werden? Die Betonung liegt hier auf unschuldig, weil bei dieser Argumentation immer die legale Todesstrafe in Amerika im Hintergrund steht. Hier wird somit sowohl rechtlich als auch moralisch argumentiert, denn wenn jemand

schuldig ist, dann hätte er aufgrund seiner rechtswidrigen Handlung sein Recht auf Leben verwirkt.

Der Gegeneinwand lautet, dass nicht auf dieses Grundprinzip abgestellt werden sollte, sondern auf das übergeordnete Prinzip und das ist das Recht auf Leben. Deswegen sei es verboten Unschuldige zu töten, wenn diese nicht auf dieses Recht verzichtet haben. Somit ist das eigentliche Grundrecht das Recht auf Leben und nicht der Lebensschutz. Und dann kommt wieder derselbe Gegeneinwand zur Anwendung. Wenn jemand auf sein Recht auf Leben verzichtet, dann ist es auch nicht moralisch verboten einen Unschuldigen zu töten. Bei einem Selbstmord hat derjenige, der den Selbstmord begeht, nur gegenüber sich selbst auf das Recht auf Leben verzichtet, aber nicht gegenüber anderen Personen. Wenn daher ein Dritter diesen Selbstmord nicht zu verhindern sucht, macht er sich strafbar.

Geht man nun davon aus, dass es starke Gründe für die Legalisierung gibt und Gegenargumente wie die Heiligkeit des Lebens, das Tötungsverbot oder das Recht auf Leben nicht als stichhaltig ansieht, so kann es doch sehr gute Gründe dafür geben, das Anwendungsgebiet der Sterbehilfe auf einen bestimmten Personenkreis einzuschränken. In diesem Zusammenhang werden folgende Fragen gestellt: Was ist z.B. dann, wenn nur eine vorübergehende depressive Stimmung vorliegt, z.B. der Liebeskummer? Hier wird oft argumentiert, dass jene Personen im Nachhinein dankbar für ihre Rettung seien, weil das nur ein vorübergehender Zustand gewesen sei. Was ist z.B., wenn Druck von außen auf jemanden ausgeübt wird, d.h., wenn nicht der eigene Wunsch sondern Interessen von anderen im Vordergrund stehen? Das Argument lautet somit: Bevor es zu einer Legalisierung kommt, müssen die Voraussetzungen für eine eventuelle Zulassung aktiver Sterbehilfe genau festgelegt werden und auch durchsetzbar sein. Man sieht es an der Entwicklung in der Schweiz und in den Niederlanden, die auf der einen Seite relativ strenge Regeln haben, wo aber aufgrund der mangelnden Kontrolle ein „Wildwuchs“ entstanden ist.

Als Mindestvoraussetzungen werden meistens genannt:

Es liegt wirklich eine ausweglose Situation vor, es ist ein schweres und unstillbares Leiden, zunächst einmal unabhängig davon, wie diese Begriffe ausgelegt werden, und der frei gefasste Todesentschluss muss wiederholt geäußert werden. Durch diese

wiederholte Äußerung versucht man die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass der Wunsch wirklich ernst und nach reiflicher Überlegung ausgesprochen wird.⁵⁰ Allerdings herrscht über diese Mindestanforderungen ebenfalls keine Einigkeit unter den Ethikern. Zahlreiche Diskussionen beziehen sich auf die Frage, ob sich Patienten in einem bestimmten Stadium wie beispielsweise sterbenskrank oder nur lebensmüde befinden müssen, um diese Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können.

10.2.3. Vertrauensverlust

Dieses Argument wird wie auch der folgende Punkt von einigen zu den Dammbbruchargumenten gezählt, weil hier ein sozial-praktisches und ethisch-theoretisches Argument behandelt wird. Es wird betont, dass von Ärzten aufgrund ihres Berufsbildes erwartet wird, alles zu tun, um das Leben ihrer Patienten zu retten bzw. Schmerzen zu lindern. In diesem Berufsbild ist die aktive Tötung nicht enthalten und daraus wird der Schluss gezogen, dass die ärztliche Tätigkeit sich ausschließlich auf diesen Bereich beschränken soll. Nur dann kann zwischen Ärzten und Patienten ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Wenn nun Ärzte auch noch direkte aktive Sterbehilfe oder, allgemeiner gesprochen, Sterbehilfe leisten würden, wo eigentlich Leben gerettet werden sollte, würde dies zu einem Vertrauensverlust zwischen dem Arzt und dem Patienten führen. Dieser Vertrauensverlust sei moralisch nicht zulässig. Darauf aufbauend sei es auch unmoralisch, dass Ärzte aktive Sterbehilfe leisten dürfen.

Man könnte aber auch sagen, dass, wenn man mit seinem Arzt über die Wünsche und Interessen, auch das Lebensende betreffend, sprechen und auch darauf vertrauen kann, dass diesem Wunsch in der letzten Lebensphase auch entsprochen wird, es hier zu einer Steigerung der Vertrauensbasis kommen würde. Es stellt sich somit die Frage: Warum sollte in diesem Fall ein anderes Vertrauensverhältnis bestehen? Die nach wie vor vorherrschende paternalistische Einstellung der Ärzte und des Gesundheitswesens insgesamt fördern die Kommunikation und das Vertrauen gerade nicht.

Der Gegeneinwand lautet: Um die Problematik hinsichtlich des Standesethos und der umstrittenen Frage zu vermeiden, ob nun die Leistung der aktiven Sterbehilfe diesem Ethos widerspricht und es auch zu diesem Vertrauensverlust kommt, bestünde auch die Möglichkeit die Sterbehilfe von anderen Personen, die entsprechend geschult werden,

⁵⁰ Vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 75.

leisten zu lassen. Allerdings würde sich dann das Problem nur auf einen anderen Personenkreis verschieben. Denn dagegen könnte wieder eingewendet werden, dass gerade der behandelnde Arzt die Situation und das Umfeld des Patienten besser kennen würde, um hier zu einer für alle befriedigende Lösung zu kommen.

10.2.4. Nationalsozialismus

Die Tötungspraktiken im Nationalsozialismus - Theorien des Lebenswerts im Nationalsozialismus - werden meist zu den Dammbrechargumenten gezählt und als Argumente für oder gegen die Legalisierung der Sterbehilfe angeführt. Dieser Bezug findet sich in der gesamten Literatur im deutschsprachigen Raum. Bei Spaemann finden wir fast ausschließlich nur solche Argumente, die auf die Praktiken im Nationalsozialismus hinweisen und gegen die Legalisierung der Sterbehilfe vorgebracht werden.

Der Grundtenor der Gegner der Sterbehilfe lautet:

Wird erst einmal begonnen Unschuldige zu töten, weil ihr Leben nicht mehr lebenswert ist, lassen sich die Kategorien beliebig ausweiten. Die Erfahrung im Nationalsozialismus hätte es gezeigt. Zunächst waren es die unheilbar Kranken, mit deren Einwilligung, dann die geistig und körperlich Behinderten, dann die Unproduktiven, die Nicht-Arier und schließlich alle sozial unerwünschten Personen.

Die Befürworter der Sterbehilfe argumentieren wie folgt:

Die Menschen unterscheiden sehr wohl was moralisch noch erlaubt ist und was nicht. Die Legalisierung sollte nur auf schwerstkranke Menschen beschränkt sein. Hier wird bei der Argumentation nicht oder kaum auf die Entwicklung in der Schweiz und den Niederlanden, wo die Kategorien bereits ausgeweitet wurden, Bezug genommen. Auch auf das Argument des Gewöhnungseffekts, die aktive Sterbehilfe als eine weitere Behandlungsmethode anzusehen und überhaupt nicht mehr in Frage zu stellen, die in diesen Ländern bereits verwirklicht ist, wird selten eingegangen.

Daraus ergibt sich die nächste Frage, ob es überhaupt stimmt, dass diese Praxis im Nationalsozialismus auch von der gesamten Bevölkerung mitgetragen wurde? Im Grunde herrschten ganz andere Verhältnisse. Es gab genügend Widerstand seitens der Bevölkerung und das spricht eher dagegen, dass die Menschen diese Massentötung als

unfreiwillige Sterbehilfe akzeptiert hätten. Somit wird generell in Zweifel gezogen, ob dieses Beispiel vom Nationalsozialismus überhaupt als Argument gegen die Sterbehilfe eingebracht werden kann.

Ein anderer Einwand lautet, dass, selbst wenn diese Vorgangsweise von der breiten Bevölkerung akzeptiert wurde, es damals eine andere Gesellschaftsform und zwar eine Diktatur gab. Heute existieren in den westlichen Ländern demokratische Gesellschaftsstrukturen und da können sich solche Praktiken nicht mehr wiederholen. Die Legalisierung soll aufgrund demokratischer Mittel erfolgen.

Peter Singer⁵¹ schreibt beispielsweise dazu: Selbst wenn es so gewesen wäre, müssen wir noch berücksichtigen, dass es hier um eine Erlaubnis zur aktiven Sterbehilfe in Demokratien geht, wo wir aktive Sterbehilfe erlauben wollen. Er meint weiters, dass, wenn man sich auf sozialpsychologische Argumente stützt, auch die Gesellschaftsform selbst berücksichtigt werden muss. Es geht also um die Art der Gesellschaft und er vertraut darauf, dass ein solcher Missbrauch in einer Demokratie nicht so leicht eintreten könne wie in einer Diktatur. Die Frage lautet also: Wie schätzt man eine Gesellschaft ein?

Es handelt sich um empirische Argumente, bei denen man sich mit empirischen Vorgängen auseinandersetzt. Man muss die Gesellschaft eines jeden Landes berücksichtigen, wenn es um die Frage geht, ob die Sterbehilfe legalisiert werden soll oder nicht. Peter Singer versteht nicht, warum gerade in Österreich und Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern diese Gefahr so hoch eingeschätzt wird. Er meint sinngemäß dazu. Es ist durchaus möglich, dass die Menschen in diesen beiden Ländern andere Einstellungen zu diesem Thema haben, weil die Praxis im Nationalsozialismus eine so wichtige Rolle bei den Diskussionen über Sterbehilfe spielt. Solche Bewertungen, die in der Folge dann zu unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern beigetragen haben, sind bei diesen Diskussionen immer mit zu berücksichtigen. In den Niederlanden und in der Schweiz sieht man anhand der gesellschaftspolitischen Entwicklung, dass sie einen ganz anderen Zugang zur Sterbehilfedebatte haben. Hier

⁵¹ Vgl. Singer, *Praktische Ethik*, 272-277.

wurde einfach die Praxis legalisiert und die Mehrheit der Bevölkerung steht trotz aller Missbräuche hinter dieser Legalisierung.

Hier wäre jedoch einzuwenden, dass, auch wenn wir in einer Demokratie leben, gerade in der heutigen Zeit, die Gefahr aufgrund der Finanzkrise, der Ausgrenzung der nicht mehr im Arbeitsprozess stehenden Personen, der Steigerung der Kosten in allen Bereichen und der damit verbundenen bereits bestehenden sozialen Konflikte, sehr groß ist, einen solchen Rückfall befürchten zu müssen. Diese Entwicklung ist jedoch nicht so offensichtlich, sondern viel schleichender, viel hintergründiger, vielschichtiger und vorsichtiger als im Nationalsozialismus. Die Ansätze sind bereits in unserer Gesellschaftsordnung zu sehen.

10.2.5. Dambruchargumente/Argumente der schiefen Ebene (slippery slope)

Bei dieser Art von Argumenten geht es nicht primär um die Frage, ob die Sterbehilfe an sich problematisch bzw. moralisch bedenklich ist oder nicht, sondern es geht darum, welche möglichen Folgen bzw. Sekundärkonsequenzen in der Zukunft eintreten könnten, wenn man die Sterbehilfe legalisieren würde. Können die Folgen von einer demokratischen Gesellschaft akzeptiert werden oder nicht? Denn trotz einer moralischen Unbedenklichkeit und breiten Akzeptanz der Bevölkerung für die Legalisierung der freiwilligen direkten aktiven Sterbehilfe könnten doch unakzeptable Folgen eintreten, die moralisch verwerflich und seitens der Bevölkerung und der Gesellschaft nicht mehr vertretbar sind. Dieses würde dann wiederum für ein Verbot der Freigabe der aktiven Sterbehilfe sprechen. In diesem Zusammenhang wäre ebenfalls auf die Folgen der Regelung in der Schweiz und in den Niederlanden zu verweisen, wo die Sterbehilfe auch auf psychisch Kranke, Behinderte, lebensmüde und alte Personen ausgedehnt wurde und der betroffene Personenkreis auch noch einem sozialen Druck ausgesetzt wird sein Leben freiwillig zu beenden. Weiters besteht die Gefahr, dass sich die freiwillige Sterbehilfe zu einer unfreiwilligen Sterbehilfe entwickelt. Bei diesem Argument wird also betont, dass der Weg zu moralisch verbotenen Formen der Sterbehilfe - letztlich die unfreiwillige Sterbehilfe von beliebigen Randgruppen oder die Verschiebung der Kategorien von sterbenskranken zu lebensmüden Personen oder die Steigerung der Missbrauchsfahren - sehr wahrscheinlich bzw. unausweichlich wäre. Die Befürchtung liegt darin, dass diese Folgen einen negativen Einfluss im sozialen, gesellschaftspolitischen und ökonomischen Bereich haben.

Ein weiteres Argument für das Verbot ist jenes, dass es einerseits eine Rechtssicherheit gewährleistet, andererseits aber betont wird, dass es sich die Leute wirklich überlegen würden Sterbehilfe zu leisten. Sie müssten dann, wenn sie diese doch durchführen, auch die rechtlichen Konsequenzen in Kauf nehmen. Daraus wird der Schluss gezogen, dass bei einer Freigabe sich somit die Anzahl der Tötungsfälle erhöhen würde, weil sie auch offiziell durch die Rechtsordnung legalisiert wird. In diesem Zusammenhang geht es um die Diskussionen, ob eine Legalisierung oder ein Verbot die bestehende Grauzone erhöhen oder reduzieren würde, wobei die Meinungen sehr weit auseinander gehen.

Die daraus folgende Konsequenz wäre der erwähnte Gewöhnungseffekt in der Gesellschaft und die geänderte Einstellung zu diesem Thema. Welchen Einfluss eine solche geänderte Einstellung auf die Gesellschaft haben könnte, ist extrem umstritten. Es besteht nämlich die Gefahr, dass sich aufgrund von Einzelfällen und Ausnahmen die gesamte Gesinnung einer Gesellschaft darüber ändert, was es heißt einen Menschen zu töten. Denn es würde in der Folge als ganz selbstverständlich angesehen werden Menschen unter bestimmten Umständen zu töten. Die Hemmschwelle zum grundsätzlichen Tötungsverbot würde aufgeweicht werden. Es ist äußerst fraglich, ob diese Entwicklung, dieses Selbstverständnis Leute zu töten, für eine demokratische Gesellschaft akzeptabel ist.

Es geht also um diese Sekundärfolgen, die von Gegnern der Sterbehilfe meistens auch in Form von Katastrophenszenarien dargestellt werden. Solche Argumente provozieren wiederum in der Folge viele Einwände, wobei die Dambruchargumente von vielen Befürwortern nicht genügend berücksichtigt werden. Ich glaube aber, dass gerade diese Dambruchargumente wesentlich gefährlicher sind und mehr diskutiert und beachtet werden müssten als immer nur mit Einzelfällen und Ausnahmen die Legalisierung zu fordern.

Diese Schiefe-Ebene- oder Dambruchargumente werden noch einmal unterteilt und zwar in jene, die sich mehr auf logisch-begriffliche Probleme beziehen und jene, die mehr auf die psychologischen, empirischen Folgen eingehen.

Logisch-begriffliche Argumente:

Ein Argument lautet: Wer einmal Ausnahmen zum Tötungsverbot zulässt, hätte keinen logischen Grund mehr, nicht weitere Ausnahmen zuzulassen und die Folge wäre die unfreiwillige Sterbehilfe von Randgruppen. Hier geht es beispielsweise um die Problematik der Abgrenzung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Sterbehilfe. Beim Gegeneinwand wird argumentiert, dass das Entscheidende bei der freiwilligen Sterbehilfe das Recht auf Leben sei und auf dieses Recht verzichtet werden könne. Somit liegt eine klare Abgrenzung zur unfreiwilligen Sterbehilfe vor, denn diese muss verboten bleiben, weil hier kein gültiger Verzicht vorliegt. Daher wäre die freiwillige Sterbehilfe moralisch erlaubt. Eine klare, logische, begriffliche Unterscheidung von freiwillig und unfreiwillig müsste getroffen werden.

Das zweite Argument lautet: Unklare Begriffe erlauben keine logische Grenzziehung mehr. Auf die sehr vagen Begriffe und deren Interpretationsmöglichkeiten wurde bereits mehrmals hingewiesen. Denn diese unterschiedlichen Interpretationen und die daraus resultieren Diskussionen solcher Begriffe wie beispielsweise unerträgliches oder hoffnungslos unheilbares Leiden, schwerste Krankheit sowie das Vorliegen eines rationalen Wunsches seitens des Betroffenen, findet sich in der gesamten Literatur. Nun wird der Einwand erhoben, dass aufgrund der Logik der Begriffe sich bei solchen Wörtern entweder keine oder nur sehr schwer Grenzen ziehen lassen und somit eine klare Grenzziehung und Definition nicht möglich ist.

Allerdings werden von vielen, wie auch von Beauchamp und Childress⁵², diese Unbestimmtheit der Begriffe als positiv angesehen, weil sie die Möglichkeit bieten, genau auf den Einzelfall hin angewendet und interpretiert werden zu können. Die andere Seite kritisiert jedoch den weiten Spielraum der Interpretation solcher Begriffe und Prinzipien, weil sie unter anderen zu einer Rechtsunsicherheit und damit verbunden zu unterschiedlichen Bewertungen und Ergebnissen bei gleichen oder ähnlich gelagerten Fällen führen.

Der Einwand, der gegen diese Logik spricht, lautet lapidar, dass die Begriffe einfach genauer definiert werden müssten, doch gerade die Diskussionen darüber zeigen auf,

⁵² Vgl. Beauchamp, Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1 ff.

dass eine exaktere Definition äußerst schwierig ist. Es handelt sich hier zum Teil auch um subjektive Bewertungen und es ist ebenfalls äußerst umstritten, wie und ob diese nun objektiviert werden können. Ein ähnliches Problem finden wir auch in der Judikatur. Fast jedes Wort in den Gesetzestexten ist Auslegungssache und die Konkretisierung erfolgt durch die Rechtssprechung. Auch in solchen Fällen ist bekannt, dass die verschiedenen Interpretationen durch einzelne Richter unterschiedliche Ergebnisse zur Folge haben. Die Frage ist also, ob man im Fall der Sterbehilfe mit klareren Begriffen und der Konkretisierung der Bedingungen wirklich zu klaren Ausnahmeregelungen kommen kann, die auch mögliche Folgen überschaubarer machen.

Psychologische Argumente:

Hier spielt die empirische Seite eine große Rolle. Es geht nicht mehr um Logik und um die Auslegung einzelner Begriffe, sondern es geht um die Sozialpsychologie beziehungsweise die Psychologie der Menschen, wie sie werten, welche Einstellungen, Interessen, Präferenzen und Motive sie haben und wie sich diese anhand der Thematik zur Sterbehilfe auch negativ verändern können.

In diese Gruppe fällt zum Beispiel das Argument aus dem Nationalsozialismus. Wird erst einmal begonnen Unschuldige zu töten, weil ihr Leben nicht mehr lebenswert ist, lassen sich die Kategorien beliebig ausweiten, und sei es auch auf eigenen Wunsch. Es gab von den Nationalsozialisten einen Film: *„Ich klage an“*, ein von Goebbels gedrehter Propagandafilm. Auf diesen Film bezieht sich Robert Spaemann, um ein Argument der Schiefen Ebene genau in diesem Bezug vorzubringen. Spaemann ist ein deutscher Philosoph, der im Zusammenhang mit der Singerdebatte im Jahre 1990 zu Fragen der Sterbehilfe und zur Erlaubnis der öffentlichen Diskussion dieses Themas Stellung bezogen hat. Er hat dazu in der *Süddeutschen Zeitschrift* einen Leserbrief geschrieben, der sich auf diesen Film bezieht. Darauf wird unter Punkt 12.1. näher eingegangen.

Es ging darin um die Tötung einer Schwerkranken auf deren eigene Bitte. Das Publikum sollte gegen das Gesetz eingenommen werden, das den Staatsanwalt verpflichtet, wegen dieser Mitleidstötung Klage zu erheben. [...] Goebbels [...] hatte ihn für seine Zwecke drehen lassen. Als besserer Sozialpsychologe kannte er den gleitenden Übergang von der Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen im Interesse des Patienten und seiner Tötung im Interesse Dritter genau, [...].⁵³

⁵³ Robert Spaemann, „Wenn Tötung auf Verlangen rechtlich anerkannt würde“, in: *Süddeutsche Zeitung* 92, (22. April 1990), IX.

Spaemann argumentiert genau mit dieser Psychologie, mit diesem Gewöhnungseffekt an die gelebte Praxis, deren Kritik am Anfang sehr groß ist, mit der Zeit immer weniger wird und die Praxis schließlich als selbstverständlich angesehen wird. Hier geht es um ein psychologisches Massenphänomen.

Auch das zweite Argument steht eng mit dem ersten Argument im Zusammenhang. Es geht auch hier um diesen Gewöhnungseffekt auf der einen Seite durch die gelebte Praxis, und auf der anderen Seite um die Beeinflussung durch das soziale Umfeld und die Medien. Wünsche und Interessen von Menschen entwickeln sich abhängig von der Umwelt. Die Wertung des Einzelnen dem eigenen Leben gegenüber und die Bewertung, wie andere dessen Leben bewerten, spielt eine große Rolle. Von dieser Beeinflussung kann man sich nicht abkoppeln. Wenn nun seitens der Umwelt Druck auf einen Menschen ausgeübt wird, indem er ständig hört, dass sein Leben nichts mehr wert sei und er eigentlich nutzlos für die Gesellschaft geworden ist, indem er dem Staat nur mehr Kosten verursacht und dafür auch noch die Verantwortung trägt, wird er früher oder später diesem Druck nachgeben beziehungsweise es selbst so sehen. Dann stellt sich die Frage: Wie freiwillig ist eine Entscheidung wirklich? Durch die Legalisierung würde die Sterbehilfe zur Pflicht werden, weil damit die Verantwortung beim Betroffenen läge.

Und Spaemann schreibt sinngemäß:

„Für einen sensiblen Menschen kann das Leben unerträglich werden, wenn er weiß, dass er anderen auf anerkannte Weise ermöglichen kann, ihn zu töten und seine Umgebung täglich darauf wartet.“⁵⁴

⁵⁴ Ebd.

11. Die Rechtslage in einigen Ländern

11.1. Österreich

In Österreich ist die direkte aktive Sterbehilfe und die Beihilfe zum Suizid in jeder Form verboten. Dies ist in den folgenden Paragraphen geregelt.

§ 77 StGB: „Tötung auf Verlangen: Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

§ 78 StGB: „Mitwirkung am Selbstmord: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“

Selbstmord:

Die Selbsttötung und der Versuch sind nicht strafbar, aber es ist der Tatbestand der Nötigung zu beachten. Die Nötigung ist ein Delikt gegen die Willensfreiheit.

§ 105 StGB: „Strafbar ist die Nötigung eines anderen zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung durch Gewalt oder durch gefährliche Drohung. Die Strafdrohung beträgt bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe.“

Im § 106 StGB ist die Schwere Nötigung geregelt.

„Hat die Nötigung den Selbstmord oder einen Selbstmordversuch des Opfers oder einer anderen Person, gegen die sich die Gewalt oder gefährliche Drohung richtet, zur Folge, so erhöht sich die Strafdrohung auf mindestens ein bis zu maximal zehn Jahren Freiheitsstrafe.“

11.2. Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland sind die direkte aktive Sterbehilfe und die zweite Form der Beihilfe zum Selbstmord ebenfalls verboten.

Die Sterbehilfe ist jedoch nicht Gegenstand expliziter gesetzlicher Regelungen. Im konkreten Fall wird geprüft, ob die Sterbehilfe die den Fremdtötungsparagraphen § 211 (Mord), §§ 212 und 213 (Totschlag) und § 216 (Tötung auf Verlangen) des deutschen Strafgesetzbuches (StGB) zugrunde liegenden Tatbestände erfüllt. Der Suizid ist nach deutschem Recht kein Straftatbestand, somit bleibt auch die Beihilfe zum Suizid straflos, allerdings nur in der Form, dass der Arzt die Medikamente besorgt und dem Sterbewilligen zur Verfügung stellt. Bei der Einnahme des Medikamentes durch den Betroffenen darf der Arzt selbst nicht dabei sein. In diesem Fall wird in der Rechtsprechung allerdings geprüft, ob andere Straftatbestände wie Totschlag,

unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) oder Körperverletzung erfüllt werden. Wird die Beihilfe zum Suizid durch einen Arzt oder nahen Angehörigen geleistet, ist ferner die Garantenstellung zu beachten. Darunter versteht man besondere Obsorgepflichten, die diese Personen dem Sterbewilligen gegenüber einnehmen. In diesen Fällen kann auch eine Unterlassung als Straftat gewertet werden.

11.3. Schweiz

In der Schweiz ist die aktive Sterbehilfe verboten und die Beihilfe zum Selbstmord erlaubt. Ähnlich wie in der Bundesrepublik Deutschland ist die Sterbehilfe nicht explizit durch das Gesetz geregelt. Die aktive Sterbehilfe, also die gezielte Tötung eines Menschen zur Verkürzung seines Leidens, ist jedoch nach den Artikeln 111 (vorsätzliche Tötung), 113 (Totschlag) oder 114 (Tötung auf Verlangen) des Strafgesetzbuches strafbar. Im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid heißt es im Artikel 115 des schweizerischen StGB:

"Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft."

Aus dieser Regel wird nun abgeleitet, dass die Beihilfe zum Suizid dann nicht strafbar ist, wenn sie aus nicht-selbstsüchtigen Motiven geleistet wird. Diese Vorgangsweise ist in der ständigen Schweizer Rechtsprechung zu finden. Ein derzeit laufendes Revisionsverfahren des Strafgesetzbuches, in dem einschneidende Regeln für die organisierte Sterbehilfe vorgesehen sind, ist noch nicht entschieden. Hiernach dürften entweder nur Menschen Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen, deren Tod unmittelbar bevorsteht oder es könnte sogar, so eine zweite Fassung, die Sterbehilfe ganz verboten werden.

Der Begriff „selbstsüchtige Motive“ ist sehr problematisch, da die Rechtsprechung diese immer als finanzielle Motive ausgelegt hat, sodass andere Motive, wie z.B. die Unfähigkeit oder der Unwille, das Leiden oder die Last des anderen zu ertragen oder pathologische Vorlieben des Suizidhelfers zum Tod (Thanatophilie), nicht berücksichtigt werden. Die Berliner Psychologin Gita Neumann sagt dazu im *Spiegel*

(DAHLKAMP u.a. 2008): „Bei den bekannten Suizidbegleitern vermischt sich missionarischer Eifer mit Geltungssucht.“⁵⁵

Aus der straflosen Beihilfe zum Suizid beim Vorliegen anderer als selbstsüchtiger Motive wird das Recht auf Hilfe zum Suizid abgeleitet. Das ist insofern gefährlich, weil dieses Recht dann einklagbar wäre und diese Tendenz zeigt sich bereits in der Schweiz. Die Thematik, ob aus einem Recht auf Leben auch ein Recht auf Sterben und der damit verbundenen Einklagbarkeit dieses Rechtes abgeleitet werden kann, ist Gegenstand vieler Diskussionen in den verschiedensten Ländern, nicht nur in der Schweiz. Beispielsweise hat der amerikanische oberste Gerichtshof vor ca. 10 Jahren ausdrücklich festgestellt, dass aus der amerikanischen Verfassung kein Recht auf Selbsttötung abgeleitet werden könne.

Die Praxis der Beihilfe zum Suizid in der Schweiz:⁵⁶

Wie kommt es nun zu dieser Praxis, die eine sehr lange Tradition hat, und früher überhaupt nicht rechtlich geregelt war? Denn die rechtliche Regelung hat nur die bereits bestehende Praxis in Gesetzesform bestätigt. Die Befürworter des Suizids bei schwerer Krankheit sehen darin die autonomste Form das Sterben selbstbestimmt zu gestalten. Es ist nicht verboten sich selbst zu töten und daraus folgt, dass die Beihilfe zu einem Suizid im Prinzip ebenfalls straffrei ist. Mit dieser legalen Möglichkeit umgeht man das gesetzliche Tötungsverbot. Diese Akzeptanz seitens der Bevölkerung wurde auch durch die schweizerischen Suizidhilfeorganisationen gefördert, die sich ausdrücklich als Sterbehilfevereinigungen verstehen.

Anders als in Oregon und in Deutschland, wo der Suizidhelfer bei der Einnahme des Medikamentes durch den Betroffenen nicht dabei sein darf, um straffrei zu bleiben, ist der Suizidbegleiter während des gesamten Sterbeprozesses anwesend und im Bedarfsfall unterstützt er den Sterbewilligen bei der Einnahme des Medikamentes. Danach wickelt er alle Formalitäten ab und ruft den Arzt, der den Totenschein ausstellt. Dann erfolgt die Information der Polizei, da es sich um keinen natürlichen Tod handelt, und diese wickelt den Todesfall routinemäßig ab. Sehr selten kommt es hier zu weiteren Untersuchungen seitens der Behörden. Der Sterbehelfer übernimmt im Bedarfsfall, vor

⁵⁵ Asmus Finzen, *Das Sterben der anderen. Sterbehilfe in der Diskussion*, Bonn 2009, 60.

⁵⁶ Vgl. ebd., 57–63.

allem auch bei Ausländern, die Organisation für die Überführung der Urne und das Begräbnis im betreffenden Land. Die Sterbehilfe bei Ausländern ist unter dem Stichwort Sterbetourismus bekannt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der Anteil der Deutschen relativ hoch ist. Auch Österreicher machen von dieser Möglichkeit Gebrauch. Diese Vorgangsweise findet eine breite Akzeptanz in der Schweizer Bevölkerung.

Die Schweizer haben grundsätzlich eine tolerantere Grundeinstellung zum Suizid allgemein, die sich aus der Tradition und dem gesteigerten Autonomieprinzip entwickelt hat. Man sieht diese Einstellung auch im Vergleich zur Suizidrate in Deutschland, die in der Schweiz um einiges höher liegt.

Organisierte Suizidhilfe in der Schweiz:

Die Entwicklung der Schweizer Sterbehilfeorganisationen ist vor dem Hintergrund der toleranteren Einstellung zum Suizid zu sehen.

Exit:⁵⁷

Diese Organisation war die erste dieser Art in der Schweiz und existiert bereits seit 25 Jahren. Exit und ihr welscher Schwesterverband in Genf wurden 1982 als „Vereinigung für humanes Sterben“ gegründet. Ende der neunziger Jahre hatte sie etwa 70.000 Mitglieder. Die Finanzierung erfolgt durch Mitgliedsbeiträge und sonstige freiwillige Zahlungen. Ihr Ziel war von Anfang an passive Sterbehilfe, Sterbebegleitung, Freitodhilfe und aktive Sterbehilfe sterbewilligen Personen anzubieten, wobei Exit sich öffentlich für die Freigabe der aktiven Sterbehilfe in Ausnahmefällen aussprach und bereits 1983 eine entsprechende Gesetzesänderung verlangte. Öffentlich aufgefallen ist Exit dadurch, dass sie schon sehr früh auch die Beihilfe zum Suizid für Schwerstkranke und Schwerstbehinderte befürwortete und in ihren Leistungskatalog aufgenommen hatte.

In einem „Manual für schwerstkranke, zum Freitod entschlossene Exit-Mitglieder“ sind die Bedingungen angeführt, unter welchen die Organisation „Freitodhilfe“ leistet.

Zur Erfüllung dieser Bedingungen muss der Sterbewillige sich selbst an Exit wenden. Er muss seinen Todeswunsch mehrfach äußern. Ein Arzt muss die „körperliche Hoffnungslosigkeit“ (schwere und unheilbare somatische Krankheit) des Mitglieds

⁵⁷ Vgl. ebd., 64–68.

bezeugen. Auch die Zustimmung der Bezugspersonen sollte vorliegen. Voraussetzung für den Anspruch auf Freitodhilfe ist in der Regel eine mindestens dreimonatige Mitgliedschaft.⁵⁸

Grundsätzlich findet die Beihilfe in der Wohnung des Sterbewilligen statt. Ist dies nicht möglich, so stehen Hotelzimmer, oder Zimmer in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern zur Verfügung. Exit bietet seine Dienstleistungen ausschließlich Schweizer Staatsbürgern an, wobei jährlich ca. 200 Personen davon Gebrauch machen.

In die negativen Schlagzeilen kam Exit in den 1990-iger Jahren, als sie Suizidbeihilfe bei einem angesehenen Basler Ehepaar⁵⁹ durchgeführt hatte, dessen Namen weltweit bekannt war. Das Problem bestand darin, dass nur einer der beiden schwerstkrank, der andere lediglich alt und des Lebens müde war. Weiters waren die Kinder entgegen den Bedingungen in diesen Prozess nicht eingebunden. Diese Vorgangsweise wurde in der Folge weltweit diskutiert. Jedoch wurde mit dieser Diskussion gerade das Gegenteil erreicht, denn dadurch fand die Idee des begleiteten Suizids als Lösungsmöglichkeit immer mehr Anklang in der Bevölkerung. In den folgenden drei Jahren kam es zu einer Verdreifachung der Exit-Suizide. Interessant ist auch zu erwähnen, dass das Motiv der Lebensmüdigkeit sowohl in der Schweiz als auch in anderen Ländern eine immer größere Rolle in der Sterbehilfedebatte spielt.

Eine vom schweizerischen Nationalfonds unterstützte vergleichende Untersuchung über Exit- und Dignitas-Suizide im Raum Zürich legt das nahe. Während in den neunziger Jahren 22 Prozent der von Exit in den Tod begleiteten Menschen nicht an einer tödlichen Krankheit gelitten hätten, seien es nach der Jahrtausendwende 33 Prozent gewesen.⁶⁰

In diesem Zusammenhang wurde von älteren Menschen mit mehreren Krankheiten gesprochen, die beispielsweise rheumatische Beschwerden oder Schmerzsyndrome aufwiesen. Fischer schreibt dazu folgendes: „Lebensmüdigkeit und ein allgemein schlechter Gesundheitszustand haben also bei älteren Menschen aus der Schweiz an Bedeutung gewonnen als Motiv dafür, Suizidbeihilfe zu suchen.“⁶¹ (FISCHER u.a. 2008)

⁵⁸ Ebd., 65.

⁵⁹ Ebd.

⁶⁰ Ebd., 66.

⁶¹ Ebd.

Ein knappes halbes Jahr später machte Dignitas mit der Meldung „Sterbehilfe für eine kerngesunde Frau“⁶² Schlagzeilen. (VONPLON/MEIER 2009)

Der sogenannte Basler Fall hatte mit der eigentlichen Intention, sterbenskranken Menschen zu einem menschenwürdigen Tod zu verhelfen, nichts mehr zu tun. Auch dieser Fall fand großes Medieninteresse und wurde heftig diskutiert. Er spielte sich 10 Jahre vor dem oben genannten Fall ab und spaltete die Öffentlichkeit. Es ging hier um eine dreißigjährige, körperlich gesunde, aber depressive Frau. Im letzten Moment verhinderte der Amtsarzt die Durchführung der Beihilfe zum Suizid. In diesem Zusammenhang wurde offenkundig, dass Exit diese Praxis bereits früher bei Menschen mit psychischen Störungen angewendet hatte. Interessant für diese Diskussion war in diesem Fall die Verteidigung der Vorgangsweise seitens Exit. Der Vizepräsident der Organisation verteidigte sich mit dem Argument, „[...] die Frau sei in Wirklichkeit nicht depressiv gewesen; sie habe mutmaßlich vielmehr an einer schizophrenen Psychose gelitten“.⁶³ Der Freitodhelfer verteidigte sich unter anderen damit, dass der Hauptgrund für diese Entscheidung bei der Familie der Frau zu suchen sei. „Mehrfach betonte er, im Fall der dreißigjährigen depressiven Frau hätten die Angehörigen den Entscheid für den Suizid mitgetragen.“⁶⁴

Hier stellt sich dringend die Frage, ob eine freiwillige Entscheidung, ohne Druck der Angehörigen, vorlag?

Das Resultat war, dass in der Folge bei psychisch Kranken lange Zeit keine Suizide mehr durchgeführt wurden. Doch heute findet wieder ein Umdenken statt, das auch noch durch die Rechtssprechung unterstützt wird.

Dignitas:⁶⁵

Dignitas ist eine Abspaltung von Exit und ihr Gründer ist der Rechtsanwalt Ludwig A. Minelli, der durch seine provokante Öffentlichkeitsarbeit immer wieder in den Schlagzeilen zu finden ist. Durch Dignitas wurde die Internationalisierung der Diskussionen im Zusammenhang mit der Suizidhilfe gefördert, da sie im Gegensatz zu Exit ihre Leistungen auch Ausländern anbietet. Diese reisen zum Vollzug in die Schweiz. Interessant ist, dass der Anteil Deutscher sehr hoch ist. 2007 sollen es ca. 100

⁶² Ebd.

⁶³ Ebd., 67.

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Vgl. ebd., 68-71.

Deutsche gewesen sein, die von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben. Die Vorgangsweise fand und findet enormes Medieninteresse auch in Deutschland, vor allem seit der Gründung einer Tochterorganisation. Sie übt aber aufgrund der deutschen Rechtslage nur medienwirksame Öffentlichkeitsarbeit aus.

Es gab und gibt zahlreiche negative Berichte z.B. über Nachbarstreitigkeiten bei angemieteten Sterbewohnungen, wo zwei mal in der Woche Särge wegtransportiert werden, oder auch, dass Sterbehilfe in Autos auf Parkplätzen durchgeführt wird und anderes mehr. Aufgrund dieser Vorwürfe gegen Dignitas stehen jetzt auch Krankenhäuser und Pflegeheime für die Sterbehilfe zu Verfügung, sollte diese zu Hause nicht möglich sein. Aus dieser Vorgangsweise resultiert in der Schweizer Bevölkerung eine gewisse Verunsicherung, die Diskussionen fördert, die ohne Provokationen seitens Minelli heute kaum mehr problematisiert werden würden, weil die Befürworter in der Schweiz die Oberhand haben.

Minelli's Überzeugung liegt darin, dass man einem hilfsbedürftigen Sterbewilligen ein Menschenrecht verweigern würde, wenn man Gegner seiner Methoden sei. Ziel seiner Aktivitäten ist es auch, dieses Menschenrecht bei Gericht einzuklagen, um seine Methoden auch rechtlich fundieren zu können.

Wie bereits bei Exit erwähnt, wurde Sterbehilfe bei psychisch Kranken eine lange Zeit nicht mehr durchgeführt. Die Diskussionen begannen jedoch wieder,

[...] als das Bundesgericht 2007 zum Schluss kam, dass Menschen mit psychischen Störungen im Hinblick auf die Hilfe zum Sterben nicht anderes behandelt werden dürfen, als andere Menschen – es sei denn, ihre Krankheit zöge es nach sich, dass sie eine Urteilsunfähigkeit bedinge.⁶⁶

Die Urteilsunfähigkeit liegt meistens nur bei schwersten psychischen Erkrankungen vor, die nur einen geringen Prozentsatz von psychischen Erkrankungen ausmachen. Diese Entwicklung hat jedoch eine Grenze überschritten, denn sie hat mit der ursprünglichen Intention, also Hilfe bei einem sterbenskranken oder schwerstkranken Menschen zum menschenwürdigen Sterben anzubieten, die man befürworten kann oder nicht, nichts mehr zu tun. Mit dieser Praxis wird eine ganz andere Dimension angesprochen. Denn

⁶⁶ Ebd., 70.

hier geht es um die Frage, welchen Einfluss diese Praxis auf die Gesellschaftsordnung hat. Bei solchen Diskussionen müssen ganz andere ethische, politische und gesellschaftliche Aspekte berücksichtigt und Fragen gestellt werden, weil es um grundsätzliche kulturelle und gesellschaftliche Veränderungen geht. Aber durch diese Gerichtsentscheidung wurde die Suizidbeihilfe an psychisch Kranken legitimiert. Siehe dazu auch über den Gewöhnungseffekt bei Spaemann.

Körtner nimmt in einem Artikel „Sterbehilfe: Was dürfen Ärzte?“⁶⁷ in der *Presse* vom 7.09.2011 unter anderen auch auf die Problematik im Zusammenhang mit der Entfernung einer Magensonde und den Sterbetourismus Bezug, weil auch Österreicher diese Leistungen in Anspruch nehmen. Es ging hier um den Fall, in dem ein Mann seine schwer kranke Frau, die an Muskelschwund litt und einem langsamen Erstickungstod entgegen ging, in die Schweiz begleitet hat, wo ihr legal beim Suizid geholfen wurde. Er wurde in Österreich wegen der Beihilfe zum Selbstmord angeklagt und im Jahr 2007 aufgrund eines entschuldigenden Notstands freigesprochen.

Im Artikel „Sterbehilfe... oder Mord? Aktive Euthanasie wird in Österreich zum brisanten Thema“⁶⁸ in der Zeitschrift *Profil* wird unter anderen auch auf den oben genannten Fall Bezug genommen, des weiteren über die Umstände berichtet, wie der Schauspieler Herbert Fux aus dem Leben schied. Er war schon jahrelang Mitglied von Dignitas und nach mehreren Operationen und einer rapiden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes suchte er im März 2007 den begleiteten Freitod in der Schweiz. Auf ähnliche Weise soll auch Kurt Falk, der ehemalige Hälfte-Eigentümer der *Kronen Zeitung*, in der Schweiz aus dem Leben geschieden sein.

11.4. Niederlande

Am 1. April 2002 trat das "Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung" ("Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding") in Kraft.

Es sieht folgende Änderungen des Strafgesetzbuches vor, das die in Artikel 293 geregelte Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen straffrei stellt:

⁶⁷ Ulrich Körtner, „Sterbehilfe: Was dürfen Ärzte?“, in: *Die Presse* vom 7.09.2011

⁶⁸ <http://www.profil.at/articles/0824/560/209110/sterbehilfe-mord-aktive-euthanasie-oes..> Zugriff 27.09.2011

1) „Wer einen anderen Menschen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin tötet, wird mit einer Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft.“

2) „Die im ersten Absatz bezeichnete Tat ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen worden ist, der dabei die Sorgfaltskriterien im Sinne von Artikel 2 Gesetz über die Überprüfung von Lebensbeendigung [...] erfüllt und die im Art. 294 Abs. 2 (Beihilfe zum Selbstmord) beschriebenen Tatbestände nicht als strafbar gelten, wenn sie von einem Arzt begangen werden, der dabei besondere Sorgfaltskriterien zu beachten hat.“

Diese beinhalten,

„dass der Arzt:

- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- zu der Überzeugung gelangt ist, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert hat,
- mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen hat, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfalts-Kriterien abgegeben hat, und
- die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt hat."

Eine ähnliche Gesetzeslage mit solchen Sorgfaltskriterien finden wir auch in Belgien seit 2002 und Luxemburg seit 2009.

Die Euthanasiepraxis in den Niederlanden⁶⁹:

Holland hat die liberalste Euthanasiepraxis und Rechtsprechung der westlichen Welt. Der Begriff der Euthanasie für die Tötung von Kranken ist dort ebenso wie in der angelsächsischen Welt geschichtlich unbelastet und die Verwendung dieses Begriffs ist üblich. Die Niederlande haben erstmals im Jahr 1993 ein Gesetz für die aktive Sterbehilfe erlassen, dass nun nach zahlreichen Novellen in der Fassung von 2002 vorliegt. In der ursprünglichen Regelung war die Tötung von Kranken verboten. Von einer Strafverfolgung konnte aber Abstand genommen werden, wenn bestimmte Bedingungen vorlagen. Zu nennen sind: Die ausdrückliche Einwilligung des Kranken, Aufklärung über den Zustand, das Vorliegen eines unerträgliches Leidens, keine Aussicht auf Besserung dieses Zustandes in Zukunft, die Einbeziehung eines zweiten unabhängigen Arztes zur Bestätigung der Diagnose, wobei strittig ist, ob noch

⁶⁹ Vgl. Finzen, *Das Sterben der anderen*, 45-51.

zusätzlich ein Psychiater herangezogen werden muss, weiters die Protokollierung dieses Vorganges und die Meldung an den Staatsanwalt.

Aufgrund dieser Regelung gab es in den neunziger Jahren zwei Studien im Auftrag der niederländischen Ministerien für Justiz und für Gesundheit (von 1990 bis 1991 und von 1995 bis 1996). Auf diese Ergebnisse wird auch in neuen Diskussionen, vor allem in Deutschland und Österreich, im Zusammenhang mit einer eventuellen Freigabe der aktiven Sterbehilfe immer wieder Bezug genommen. Denn diese Ergebnisse haben nach der Veröffentlichung zu heftigsten Reaktionen in beiden Richtungen geführt. In der Literatur finden sich unterschiedliche Prozentsätze zu diesen Studien und dementsprechend lassen diese Ergebnisse einen weiten Interpretationsspielraum zu. Allerdings kann aus dieser Studie nicht automatisch der Schluss gezogen werden, die aktive Sterbehilfe in Österreich und Deutschland zu legalisieren, weil die Dunkelziffer sehr hoch ist, da viele Ärzte die Meldungen an die zuständigen Behörden nicht durchgeführt haben. Ich habe für die Darstellung des Zahlenmaterials auf Finzen zurückgegriffen.

Vor allem das Ergebnis von 1990 bis 1991 zeigt, dass bei ca. 1000 Fällen aktive Sterbehilfe praktiziert wurde, ohne dass der Patient ausdrücklich um die Sterbehilfe gebeten hatte (0,8 % aller Sterbefälle), ca. 2300 Patienten auf ausdrücklichen Wunsch aktiv getötet wurden (1,8 %), und bei ca. 400 Fällen Beihilfe zum Suizid geleistet (0,4 %) wurde.⁷⁰

Bei der 2. Untersuchung 1995 bis 1996 hatte der Anteil der Todesfälle durch aktive Sterbehilfe leicht zugenommen, der Anteil der Todesfälle durch Beihilfe zum Suizid blieb konstant und der Anteil der aktiven Sterbehilfe ohne ausdrücklichen Wunsch des Kranken hatte leicht abgenommen.

Allerdings ist beim Ergebnis dieser Studien zu beachten, dass 2/3 der Euthanasiefälle zwischen 1990 bis 1996, wider die damalige Gesetzeslage, nicht gemeldet worden sind. Die wirkliche Zahl der Euthanasiefälle in den Niederlanden war somit nicht bekannt.⁷¹ (VAN DER MAAS u.a. 1991; 1998)

⁷⁰ Ebd., 45–46.

⁷¹ Ebd., 46.

Der amerikanische Suizidforscher Herbert HENDIN (1997), der sich gründlich mit der Entwicklung in den Niederlanden befasst hat, beschreibt ein Szenario, das alles andere als wünschenswert ist.

[...] Die holländische Praxis habe sich seit etwa 1980 vom begleitenden Suizid zur Euthanasie entwickelt, von der Euthanasie für chronisch Kranke im Terminalstadium zur Euthanasie für chronisch Kranke, von der Euthanasie somatisch Kranker zur Euthanasie psychisch Kranker und von der freiwilligen Euthanasie zur unfreiwilligen Euthanasie.⁷²

Dieser Satz beschreibt pointiert, wie sich die Kategorien im Laufe der Zeit ausgeweitet haben. Genau diese negative Entwicklung wird von den Gegnern als ein Hauptkriterium gegen die Legalisierung vorgebracht.

Des weiteren sieht er wie viele andere auch die Gefahr, die aufgrund einer solchen Praxis für die Gesellschaft, den Arzt und auch den Patienten besteht, diese Alternative als so selbstverständlich anzusehen, dass über andere mögliche Alternativen, wie beispielsweise die Sterbebegleitung, überhaupt nicht mehr nachgedacht wird. Somit wird die Euthanasie zu einer allgemein anerkannten Behandlungsmethode für suizidgefährdete Personen. Das Problem liegt jedoch darin, dass diese Praxis in der Bevölkerung eine weit verbreitete Akzeptanz findet, kaum mehr hinterfragt wird und bereits Bestandteil des medizinischen Alltags ist. „H. Hendin spricht in diesem Zusammenhang kritisch von der „Dutch Cure“ („holländische Kur“).“⁷³

Die letzten beiden Nachuntersuchungen dieser Entwicklung wurden 2001 und 2005 durchgeführt.⁷⁴ (VAN DER HEIDE u.a. 2007) 2001 hatte sich die Häufigkeit der Todesfälle auf eigenen Wunsch gegenüber 1995 noch einmal leicht erhöht (2,4 % aller Todesfälle) und sank bis 2005 auf 1,7 %. Das Gleiche gilt für Todesfälle ohne ausdrücklichen Wunsch. Von 0,7 % 2001 gingen sie auf 0,4% 2005 zurück. Der Anteil der begleiteten Suizide war von 0,2 % auf 0,1 % gesunken. Allerdings kam es zu einer Steigerung eines Teilbereichs der als „intensive Symptomlinderung“ ohne Tötungsabsicht, aber unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung geführt wurde, also indirekte Sterbehilfe, von 18,80 % 1990 kontinuierlich auf 24,7 % aller erfassten Todesfälle. Weiters wurde 2005 eine neue Kategorie geschaffen, nämlich die

⁷² Ebd.

⁷³ Ebd., 47.

⁷⁴ Ebd.

„kontinuierliche tiefe Sedierung“ bis zum Ende des Lebens, letztlich also eine terminale Sedierung. Sie betraf 8,2 % aller erfassten Sterbenden.⁷⁵

Interessant ist auch die Altersverteilung der Betroffenen bei dieser Untersuchung:

Euthanasie und Hilfe zum Suizid:

Altersgruppe bis 64: 3,5 % von knapp 1/5 aller Todesfälle.

Altersgruppe von 65 bis 79: 2,1 % von knapp 1/3 aller Todesfälle.

Altersgruppe über 80: 0,85 % von ca. der Hälfte aller Todesfälle.⁷⁶

Bei Krebskranken war die Euthanasierate gegenüber Kranken mit anderen Leiden um ein Mehrfaches erhöht (2005 5,1 %).⁷⁷ Zu erwähnen ist vielleicht noch, dass die gesetzlichen Rahmenvorgaben gegenüber den vorigen Studien von einer größeren Anzahl von Ärzten eingehalten wurden, aber nach wie vor immer noch eine beachtenswerte Anzahl solche Todesfälle nicht gemeldet wurde. Als Grund für die Nichtmeldung gaben die Ärzte oft Unsicherheiten an, ob ihr Handeln nicht doch gegen die Rechtslage verstoßen würde. Weiters erfolgte die Euthanasie in der Regel durch den Hausarzt (2005 siebenmal häufiger als durch einem Facharzt).

Diese Untersuchungen wurden weiters anonym durchgeführt, daher stellt sich in diesem Zusammenhang auch noch die Frage: Wie aussagekräftig ist dieses Zahlenmaterial wirklich? Wird hier die tatsächliche Realität abgebildet? Bei der Beantwortung dieser Frage stehen sich Gegner und Befürworter kompromisslos gegenüber. Tatsache ist allerdings, dass die Ausweitung der Kategorien bereits stattgefunden hat, sodass sogar noch höhere Prozentsätze angenommen werden können.

Kann oder soll die Entwicklung in den Niederlanden als gelungenes Modell für andere Länder in Europa in Betracht gezogen werden, wie viele Befürworter dies vertreten, oder ist die Entwicklung als Abschreckung und damit als Argument gegen die Legalisierung geeignet, wie viele Gegner es anführen? Die Verweise auf die Praxis in der Schweiz und den Niederlanden finden sich bei fast allen Autoren.

⁷⁵ Ebd.

⁷⁶ Ebd., 47–48.

⁷⁷ Ebd., 48.

Aufgrund dieser Entwicklung wird von manchen darauf hingewiesen, dass in den Niederlanden die Angst vor einer unfreiwilligen Sterbehilfe so groß sein soll, dass Kranke Patiententestamente bei sich tragen sollen, in denen folgendes steht: „Dokter, maak mi need dot!“⁷⁸

⁷⁸ Ebd.

12. Positionen einiger Autoren

In diesem Kapitel werden die beiden Extrempositionen und eine vermittelnde Position anhand von drei Autoren vorgestellt, die sich für bzw. gegen die Sterbehilfe aussprechen. Es wurden Robert Spaemann, als Gegner der Liberalisierung, Norbert Hoerster als Befürworter der Liberalisierung und Dieter Birnbacher, ebenfalls, wie sich zeigen wird, als vermittelnder Befürworter der Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe ausgewählt. Sie repräsentieren zahlreiche Autoren, die zu dieser Thematik Stellung bezogen haben. Leider ist es notwendig sich im Rahmen dieses Kapitels weitgehend auf die unter Punkt 10. angeführten Argumente und Erläuterungen zu beschränken, sodass auf einige Besonderheiten dieser Autoren im Zusammenhang mit der Begründungsthematik und der vorhandenen Widersprüche für das bessere Verständnis ihrer Positionen nicht ausreichend eingegangen werden kann.

12.1. Robert Spaemann – als Gegner der Liberalisierung

Das Buch *„Töten oder sterben lassen? – Worum es in der Euthanasiedebatte geht“* von Robert Spaemann und Thomas Fuchs beginnt, wie erwähnt, mit dem Filmtitel „Ich klage an“ aus dem Jahre 1942 und der Vorstellung dieses Filmes von Cordelia Spaemann. Es ist bekannt, dass Spaemann sich unterer andere in seiner Ablehnung der Legalisierung auf die Praktiken des Nationalsozialismus bezieht. Er vergleicht die derzeitige Praxis der Sterbehilfe mit der NS-Euthanasie und sieht die Gefahr, dass diese Folgen bei Legalisierung unter vielleicht anderen Vorzeichen wieder eintreten könnten. Er nimmt in diesem Zusammenhang auf die Situation in den Niederlanden ebenfalls des Öfteren Bezug und verweist darauf, dass es dort bereits üblich ist, auch andere Gruppen von Menschen, also nicht nur die schwerstkranken und sterbenskranken Menschen, zu töten. So gehört die Praxis der Tötung bzw. Euthanasie von Behinderten, Demenzkranken, psychisch Kranken oder einfach lebensmüden Menschen bereits zum Alltag.

Bevor näher auf seine Argumente und auf den erwähnten Film eingegangen wird, kommt ein Fall zur Sprache, der in der Schweiz als Beihilfe zum Selbstmord gewertet wurde und auch in Deutschland reges Medieninteresse hervorgerufen hat. In der Folge fand ein Streitgespräch zwischen dem Bruder des Getöteten, Bartholomäus Grill, einem Journalisten und Robert Spaemann statt, in dem die verschiedenen Überzeugungen der Beiden diskutiert wurden.

Kurz zum Fall Urban Grill 2004:⁷⁹

Bartholomäus Grill hatte seinen Bruder zum „Freitod“ in die Schweiz begleitet, denn dieser war unheilbar an Zungenkrebs erkrankt und Operationen und intensive Chemotherapien brachten keine Verbesserung seines Zustandes. Für den assistierten Suizid nahm er dabei die Hilfe des Vereins „Dignitas“ in Zürich in Anspruch. Bei klarem Verstand äußerte er den Wunsch nach einem assistierten Suizid. Dieser Wunsch wurde von der gesamten Familie respektiert und unterstützt. Ihm wurden 15 Gramm Natrium-Pentobarbital verabreicht, und er verstarb am 26. November 2004 in Zürich.

Der *Stern* brachte Mitte 2006 einen Beitrag des Reporters Bartholomäus Grill über die Suizidbegleitung seines Bruders. Grill bekam für den glänzend geschriebenen Beitrag den „Henri-Nannen-Preis“. Der Artikel fand breiten Anklang in der Bevölkerung und viele befürworteten diese Entscheidung.

Der Chefredakteur der Zeitschrift, Thomas Osterkorn, sprach in seinem „Editorial“ suggestiv von einem „Recht auf einen würdigen Tod“ und forderte mit scharfen Worten, den „unhaltbaren Zustand“ des Sterbehilfeverbots in Deutschland zu beenden. Die „gnädige Hand“, die dem Sterbewilligen den tödlichen Trunk gibt, dürfe nicht weiterhin kriminalisiert werden.⁸⁰

Auf das Problem, ob es nicht auch Missstände geben könnte, wurde nicht eingegangen. Als Einziger formulierte der Philosoph Robert Spaemann Einwände gegen eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in der entsprechenden Ausgabe. (Nr. 48/2006)

Zunächst erfolgt eine Darstellung einiger Passagen aus diesem Interview, die mir wichtig erscheinen, da ich selbst die Legalisierung ablehne, allerdings nicht mit dem Verweis auf den Nationalsozialismus, sondern mit dem Hinweis auf die derzeitigen gesellschaftlichen Strukturen und die heutigen Probleme. Sodann wird näher auf seinen Artikel „*Es gibt kein gutes Töten*“ aus dem oben genannten Buch eingegangen, um seine Argumentationslinie contra Legalisierung der Sterbehilfe darzustellen.

⁷⁹ Vgl. Holthaus, Jahnke, *Aktive Sterbehilfe*, 13–14.

⁸⁰ Ebd., 14.

Der Artikel lautet:

Streitgespräch zwischen Robert Spaemann und Bartholomäus Grill

[in: STERN 48/2006, 42-48]

"Wie Euthanasie!" - "Würdevolles Sterben!"



© Andreas Oertzen

Robert Spaemann, 79, und Bartholomäus Grill, 52, Anfang November in Spaemanns Haus in Stuttgart

GRILL: Die letzte Reise meines krebserkrankten Bruders zu den Sterbehelfern von "Dignitas" nach Zürich muss für Sie eigentlich in höchstem Maße verwerflich sein.

SPAEMANN: Über die Entscheidung eines einzelnen Menschen urteile ich nicht, ich werde sie auch nicht verwerfen. Ich bin nicht betroffen von einer solchen Situation. Mein Interesse beginnt dort, wo die Dinge verallgemeinert werden, wo also nicht die Frage gestellt wird: "Hat Ihr Bruder Recht oder Unrecht getan?", sondern: "Sollte es solche Einrichtungen geben?" Einem Menschen, der in Not ist, kann man diesen Ausweg nicht vorwerfen, selbst dann nicht, wenn man einen solchen Ausweg in generalisierter Form falsch findet. [...] Mitleid ist eine zweideutige Sache. Mitleidstötungen, die man ja immer wieder erlebt, auch in Altenheimen, geschehen oft aus "Mitleid", weil man sich nämlich selbst das Mitleiden ersparen will. [...] Ich habe versucht, als ich Ihre eindrucksvolle Schilderung gelesen habe, mir vorzustellen: "Wie hättest du selber gehandelt?" [...] denn man weiß nicht, was man im Ernstfall wirklich tun würde. Aber so, wie ich die Sache in dem Augenblick gesehen habe, als ich das las, dachte ich: "Ja, ich könnte meinen Bruder begleiten und könnte sagen, ich verlasse dich nicht bis zum letzten Augenblick, ich gehe mit dir, aber du weißt, dass ich es falsch finde, was du tust. [...] Neuere Untersuchungen zeigen, dass in der weitaus größten Zahl der Fälle der Suizid-Wunsch verschwindet, wenn der Patient erlebt: Es gibt jemanden, dem daran liegt, dass ich noch lebe. [...] Entsolidarisierung fängt meines Erachtens da an, wo jemand die Selbsttötung akzeptiert, weil er sagt, das erspart mir die Aufwendungen, die auf mich zukommen, wenn der Kranke am Leben bleibt.

GRILL: Sie meinen die explodierenden Kosten im Krankenhaus, wenn das Leben künstlich verlängert wird.

SPAEMANN: Ja. Denn bei jeder Art von Institutionalisierung der aktiven Sterbehilfe kommen diese Motive massiv nach vorne.

GRILL: Sie befürchten also, dass aktive Sterbehilfe, wie sie zum Beispiel in den Niederlanden oder Belgien erlaubt ist, zu einem rein nutzbringenden Handeln führt, das nur noch von Zweckmäßigkeit geleitet wird?

SPAEMANN: Ja, und zwar ist das nicht nur eine vage Sorge, sondern eine Prognose, die man mit ziemlicher Sicherheit stellen kann, weil die Menschen nun einmal so sind, wie sie sind. Man sieht doch, dass die Tötung ohne Verlangen - also genau das, was die Nazis machten - die Beurteilung eines Lebens als nicht lebenswert voraussetzt. Menschen werden, ohne je danach verlangt zu haben, getötet, und zwar in einer jährlich wachsenden Zahl. Es gibt in den Niederlanden Fälle, in denen der Arzt sagt: Ich musste das schnell machen, weil ich die

Betten brauchte. Das ist die Realität. Und über die kann man gar nicht hart genug sprechen [...].

GRILL: Sie erinnern in Ihren Beiträgen zur Debatte immer wieder an die NS-Zeit und verweisen auf den furchterlichen Propagandafilm "Ich klage an". Darin verabreicht ein Arzt seiner an Multipler Sklerose erkrankten Frau ein tödliches Gift und wird wegen Mordes angeklagt. Dieser Film von 1941 ist ein zynisches Plädoyer für die Euthanasie. Sie ziehen also Parallelen von der damaligen zur heutigen Entwicklung [...].

SPAEMANN: [...] Aber meine Gleichsetzung bezieht sich doch auf die Tötung "lebensunwerten Lebens" ohne Verlangen, und die gibt es. Wenn Sie den Film heute in einem Kino spielen, müssten Sie vielleicht zwei Minuten rausstreichen, und der Rest des Filmes würde großen Beifall ernten. Man würde ihn überhaupt nicht furchterlich finden. Denn er argumentiert fast genauso, wie heute argumentiert wird. Er klagt eine Justiz an, die so erbarmungslos ist, dass sie einen todkranken Menschen zum Leben zwingt. [...] Aber in den Niederlanden werden Menschen auch ohne ihren Willen getötet. Ich kann es ja auch nicht für Zufall halten, dass der Ruf nach Legalisierung der Euthanasie in einem Augenblick laut wird, wo wir uns auf eine enorme Überalterung der Gesellschaft hinbewegen. Freunde weisen es entrüstet von sich, wenn ich sage: "Es wird hier vielleicht nicht planmäßig, aber tatsächlich ein Ausweg vorbereitet für die Lösung eines Problems." [...].

GRILL: In der Schweiz gibt es die gesetzlich erlaubte Praxis des begleiteten Freitodes schon seit vielen Jahren, und trotzdem ist unser Nachbarland nicht zu einer "Zivilisation des Todes" entartet. Dieses Horrorszenario, das Sie gelegentlich heraufbeschwören, sehe ich nicht [...]. Sterbehelfer von "Exit" oder "Dignitas" erbringen eine freiwillige Dienstleistung, hinter der kein Profitstreben stehen darf. [...] "Dignitas" besorgt das letale Schlafmittel, der Patient oder Klient nimmt es ganz allein ein, niemand darf ihm dabei helfen. Die Ärzte begleiten den Prozess nur und bekommen dafür kein Honorar [...] Bei "Dignitas" sind sie nur ehrenamtlich tätig. [...] Wir haben natürlich sehr genau geprüft, was mit dem Geld unseres Bruders passiert. Man zahlt für die Mitgliedschaft im Verein, für das tödliche Schlafmittel, für das Krematorium und die Heimführung der Urne. Jedes Honorar aber ist nach Schweizer Gesetz verboten. [...] Niemand darf bei der Einnahme auch nur seinen zitternden Arm stützen.

SPAEMANN: Aber sagen Sie bitte, warum gehen denn dann die Leute in die Schweiz? Das können sie doch überall haben, wenn es keine aktive Sterbehilfe ist. [...].

GRILL: Es gibt eben auch auf diesem Felde massive ökonomische Interessen. Die künstliche Verlängerung von Leben ist ja sehr profitabel.

SPAEMANN: Ja, diesen inneren Zusammenhang muss man sehen. Manchmal wird das Leben nur in einem Fremdinteresse verlängert. Jemand wird an Apparate angeschlossen, damit er noch lebt für den Zweck einer Organentnahme.

GRILL: Dennoch muss ein schwerkranker Mensch sagen können: Ich will nicht mehr.

SPAEMANN: Das kann er sagen, aber dann muss er abwarten. Und wenn er sich selber töten will, dann soll er es tun. Aber er kann dabei nicht die Hilfe anderer in Anspruch nehmen. [...] Wenn jemand aus Freundschaft zu einem Menschen ihn auf seinem Weg nicht nur begleitet, sondern ihm aktiv behilflich ist, dann muss er, wenn es ihm ernst ist, auch eine Strafe akzeptieren wie das Gandhi schon vorgemacht hat. Er wird sagen: Ich habe nach meinem Gewissen gehandelt, ich würde es auch wieder tun. Aber ich sehe ein, dass eine allgemeine Legalisierung meiner Handlungsweise sehr viel mehr Übel zur Folge hätte als Gutes, und darum akzeptiere ich die Strafe. [...].

Dieses Interview hat bereits einige Argumente aufgezeigt, denen vollinhaltlich zustimmen ist, weil sie auch aufgrund meiner Erfahrung für mich nachvollziehbar sind, und ich ebenfalls, wie Spaemann, die Gefahren sehe, die mit einer allgemeinen Freigabe der Sterbehilfe verbunden sein können. Ich habe auch die Anpassungsfähigkeit des Menschen und damit verbunden den Gewohnheitseffekt miterlebt. Was allerdings so

erstaunlich und bedenklich ist und teilweise ein mangelndes Problembewusstsein gerade in diesem höchstpersönlichen Bereich zeigt, ist die Tatsache, dass diese Praktiken in den Niederlanden und in der Schweiz bereits als eine weitere Behandlungsmöglichkeit angesehen werden und Befürworter diese Praxis als einen gelungenen Modellversuch darstellen, welcher auch für Deutschland und Österreich einzufordern ist.

In diesem Zusammenhang stellt sich schon die Frage, ob ein Menschenleben in der heutigen Gesellschaft noch einen Wert besitzt und dieses Autonomieprinzip nicht doch überzogen und vor allem auch noch von der Gesellschaft akzeptiert wird. Hier ist die grundsätzliche Stellung des Menschen, seines Wertes und seiner Aufgabe für die Gesellschaft zu überdenken. Einen weiteren Ansatz findet man heute auch bei der Einstellung und dem Verhalten der jungen Generation gegenüber diesen Randgruppen, denn der Generationenkonflikt wird in den letzten Jahren immer intensiver. Warum sollte man das also jetzt nicht auch auf die Medizin und Sterbethematik ausweiten? Hier machen es sich die Befürworter der Sterbehilfe einfach zu leicht mit ihrer Argumentation. Zum anderen sind sie zumeist gesund, sodass sie diese Situation gar nicht beurteilen können, wie ein Betroffener, der die Diagnose Krebs und unheilbar von seinem Arzt erfährt, in einem solchen Fall reagieren würde. Es wird mit medienwirksamen Einzelschicksalen argumentiert, die aber ein Eingehen auf die dahinter liegende wirkliche Problematik oft vermissen lassen.

Der Film der Nationalsozialisten „*Ich klage an*“⁸¹:

Es geht in diesem Film um die Tötung einer schwerkranken Frau, die an Multipler Sklerose erkrankt ist mit der Prognose, dass zunächst Lähmungen der Hände und Füße und später dann der Zunge und der Atmungsorgane auftreten, die letztendlich zum Erstickungstod führen würden. Ihr Mann ist Mediziner und sucht verzweifelt nach einem Medikament, das diese Folgen verhindern soll. Die Anfälle werden immer stärker, und sie bittet ihren Mann ihr im Notfall ein Medikament zu verabreichen, damit sie in Würde sterben kann. Den Hausarzt, der die aktive Sterbehilfe ablehnt, ersucht sie ohne Medikamente zu kommen. Als wieder ein furchtbarer Anfall droht, gibt ihr Gatte ihr das tödliche Mittel und sie stirbt. Der Hausarzt macht dem Gatten und Freund schwere Vorwürfe, doch dieser rechtfertigt sich damit, dass ihr Leben in diesem Zustand

⁸¹ Vgl. Spaemann, Fuchs, *Töten oder sterben lassen?* 7- 11.

unmenschlich und unwürdig war. Es kommt in der Folge zur Gerichtsverhandlung, in der der Gatte schweigt. Der Hausarzt bekommt Zweifel und fragt sich: „Wäre dann sterben lassen nicht dasselbe gewesen wie töten? Und töten aus Mitleid nicht dasselbe wie sterben lassen?“⁸² Er hat hier einen Fall von einem Behinderten vor Augen, den er gerettet hat, und er sieht nun, wie dieser Behinderte dahin vegetiert.

Der Zuschauer wird dadurch sehr hintergründig vom Töten auf Verlangen zum Töten ohne Verlangen geführt. Der Begriff des lebensunwerten Lebens beginnt bei den Zuschauern einen gewissen Raum einzunehmen. Und der Hausarzt, der nun seine Meinung geändert hat, verteidigt jetzt sehr emotional und filmisch sehr gut aufbereitet die Tötung an einer schwerkranken Frau durch seinen Freund.

Der Film schließt mit folgenden Worten des Ehegatten:

Ich will nicht länger schweigen. Ich klage an. Ich klage einen Paragraphen an, der Ärzte und Richter daran hindert, dem Volk zu dienen. Eine Rechtsordnung, die verlangt, daß der unheilbar Kranke sich sinnlos mit seinen Schmerzen zu Tode quälen muß, ohne die Möglichkeit einer wohlthätigen Erlösung. [...] Ich bekenne: ich habe meine Frau auf ihren Wunsch von ihrem Leiden erlöst.⁸³

Interessant ist auch in diesem Zusammenhang, dass nicht nur der Hausarzt seine Meinung geändert hat, sondern auch der Priester, der dann sagt: „Liebe ist Medizin. Auch die Vernunft ist von Gott.“⁸⁴

Dieser Film war ein reiner Propaganda-Film, ähnliche Filme sind diesem gefolgt, denn das Publikum sollte gegen das Gesetz eingenommen werden, das den Staatsanwalt verpflichtet, wegen einer Mitleidstötung Klage zu erheben. Goebbels hat diesen Film für seine Zwecke drehen lassen. Als Sozialpsychologe kannte er den gleitenden Übergang von der Bereitschaft zur Tötung auf Verlangen im Interesse des Patienten und seiner Tötung im Interesse Dritter genau. „Die Tötung sollte als Tat der Liebe und des Mitleids, als Hilfe zum „menschenwürdigem Sterben“ erscheinen.“⁸⁵

⁸² Ebd., 10.

⁸³ Ebd., 11.

⁸⁴ Ebd., 9.

⁸⁵ Ebd., 14.

Auf der einen Seite wurde die Sicht des medizinischen Ethos und der Kirche vorgebracht und dann psychisch tiefer gehend die Gesinnungsänderung des Hausarztes und des Priesters dargestellt, der sich von seiner traditionellen Rolle löst und, wie bereits gesagt, das Argument bringt, „[...] daß Gott schließlich den Menschen mit Vernunft ausgestattet hat, damit er diese Vernunft gebraucht“.⁸⁶

Auch Spaemann verweist, wie viele andere, auf die Problematik der demographischen Situation der westlichen Industrieländer und die durch den medizinischen Fortschritt eingetretenen Folgen. Die Menschen werden immer älter und können bei Krankheiten durch die Medizin künstlich am Leben erhalten werden. Der Zweigenerationenvertrag funktioniert nicht mehr, sodass einerseits die Finanzierung dieses Systems immer mehr Probleme aufwirft und andererseits die Kluft zwischen Jung und Alt und anderen Randgruppen immer größer wird, was sich heute ja schon in der Einstellung vieler junger Leuten gegenüber der älteren Generation zeigt. Spaemann meint nun, dass es kein Zufall sei, dass in den westlichen Ländern der Ruf nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, somit die Tötung von kranken und alten Menschen, immer lauter wird, wobei noch nicht direkt sozialpolitische Argumente vorgebracht werden, „[...] sondern vom „wohlverstandenen“ Lebensinteresse des Einzelnen ausgegangen wird [...]“. Zu beachten ist jedoch, dass der Begriff lebensunwertes Leben damals aber auch in dem Sinne gebraucht wurde, dass „[...] jenes Leben, das für den, der es zu leben hat, nichts mehr wert ist“.⁸⁷

Er lehnt ebenfalls die künstliche Lebensverlängerung um jeden Preis ab und stellt auch die Frage nach dem Unterschied der Unterlassung einer Handlung, wo aber ein aktives Tun dahinter steht, wie das Abschalten einer Maschine, und eines aktiven Tun im Sinne der aktiven Sterbehilfe. Er verweist hier auf Singer, der dazu folgendes schreibt: „Welchen Unterschied macht es, so fragt Peter Singer, ob eine Mutter ihr Kind mit einem Kissen erstickt oder ob sie es verdursten läßt?“⁸⁸ Er kritisiert auch die Grundeinstellung der heutigen Gesellschaft, bei der das höchste Ziel das Vergnügen und das Wohlergehen ist. Krankheit, Schmerz, Leid, Tod usw. werden ausgeblendet und verdrängt.

⁸⁶ Ebd.

⁸⁷ Ebd.

⁸⁸ Ebd., 15.

Selbstmord:

Dann geht er näher auf die Thematik des Selbstmordes ein und vergleicht ihn mit dem Tod auf Verlangen. Er lehnt die Ableitung vom Recht sich zu töten auf das Recht sich töten zu lassen ab, weil er meint, dass der Suizid nicht rechtlich geregelt werden kann, weil hier andere Personen nicht davon betroffen sind. Sobald jedoch Andere in diese Handlung einbezogen werden, unterliegen sie den gesetzlichen Regelungen. Allerdings ist es für eine Gesellschaftsordnung sehr wichtig, vor allem im Zusammenhang mit der Sterbehilfeproblematik, wie die Gesellschaft den Selbstmord ethisch bewertet. Man sieht das auch an den hohen Prozentsätzen in der Schweiz, wo der Selbstmord aufgrund der gesteigerten Autonomie als selbstverständlich und ethisch unproblematisch in die Gesellschaft integriert ist.

Im Zusammenhang mit der Verurteilung des Selbstmordes ist neben den Religionen beispielsweise auf die lange philosophische Tradition, die von Sokrates über Spinoza und Kant bis zu Wittgenstein reicht, zu verweisen.

Der platonische Sokrates sieht im Leben eine Aufgabe, die wir uns nicht selbst gestellt haben und der wir uns nicht eigenmächtig entziehen dürfen. Der Sinn des Lebens ist offensichtlich so wenig von uns selbst gesetzt, wie das Leben selbst, und er enthüllt sich uns deshalb auch nicht in irgendeinem Augenblick des Lebens vollständig.⁸⁹

Wittgenstein sagt: „Wenn der Selbstmord erlaubt ist, ist alles erlaubt“.⁹⁰

Kant verwendet als erstes Beispiel den Selbstmord, für ihn ein verbrecherischer Verstoß gegen eine vollkommene Pflicht gegen sich selbst, (MPhS, Tugendlehre, § 6) um die subjektive Maxime auf ihre Verallgemeinerungsfähigkeit zu überprüfen. Für ihn ist der Selbstmord eine Absage an die Autonomie und Freiheit des Menschen. Er schreibt dazu:

[...] derjenige, der mit Selbstmorde umgeht, sich fragen, ob seine Handlung mit der Idee der Menschheit, als Z w e c k s an s i c h s e l b s t, zusammen bestehen könne. Wenn er, um einem beschwerlichen Zustande zu entfliehen, sich selbst zerstört, so bedient er sich einer Person, bloß als e i n e s M i t t e l s, zu Erhaltung eines erträglichen Zustandes bis zu Ende des Lebens. [...] Also kann ich über den Menschen in meiner Person *nichts* disponieren, ihn zu verstümmeln, zu verderben, oder zu töten.⁹¹

⁸⁹ Ebd., 18-19.

⁹⁰ Ebd., 19.

⁹¹ Kant, *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, BA 67.

An anderer Stelle schreibt er auch im Zusammenhang mit der Selbstliebe:

Einer, der durch eine Reihe von Übeln, die bis zur Hoffnungslosigkeit angewachsen ist, einen Überdruß am Leben empfindet, ist noch so weit im Besitze seiner Vernunft, daß er sich selbst fragen kann, ob es auch nicht etwa der Pflicht gegen sich selbst zuwider sei, sich das Leben zu nehmen.⁹²

Wie gesagt, lehnt Kant jede Form der Selbsttötung ab. Und seine Argumentation verwenden auch heute noch viele Gegner einer Selbsttötung, vor allem auch am Ende des Lebens.

Knoepffler schreibt in diesem Zusammenhang:

1. Die Würde des Menschen gründet in seiner Fähigkeit, sittlich zu handeln.
2. Sittliches Handeln setzt die eigene Existenz voraus.
3. Die Selbsttötung zerstört die eigene Existenz.
4. Die Selbsttötung zerstört die Möglichkeit, sittlich zu handeln.
5. Sittliches Handeln ist Handeln gemäß der Pflicht zur Eigen- und Nächstenliebe.
6. Die Selbsttötung verstößt gegen die sich aus der Menschenwürde ergebene Pflicht zur Eigen- und Nächstenliebe.
7. Also ist Selbsttötung eine schwer unsittliche Tat.⁹³

Dagegen berichtet Diogenes Laertius über die Stoiker, dass für das Idealbild des stoischen Weisen der Selbstmord eine Pflicht war, wenn er merkte, dass durch körperliche Beeinträchtigungen seine reine Vernunftautonomie gefährdet war. „Wer freiwillig aus dem Leben scheidet, kann das in dem Bewußtsein tun, dem Vaterland oder den Freunden gegenüber seine Pflicht zu erfüllen.“⁹⁴

Wenn die Selbsttötung und die Tötung auf Verlangen erlaubt sind, kommt es zu einer Verantwortungsverschiebung. Der Alte, Kranke und der Pflegebedürftige müsste sich rechtfertigen, warum er nicht sterben will und der Kostenaufwand seitens der Gesellschaft und der Angehörigen trotzdem notwendig ist. „Er läßt andere dafür zahlen, daß er zu egoistisch und zu feige ist, den Platz zu räumen. - Wer möchte unter solchen Umständen weiterleben? Aus dem Recht zum Selbstmord wird so unvermeidlich eine Pflicht.“⁹⁵

⁹² Ebd., BA 53, 54.

⁹³ Knoepffler, *Angewandte Ethik*, 211.

⁹⁴ Spaemann, Fuchs, *Töten oder sterben lassen?* 20.

⁹⁵ Ebd.

Empirische Untersuchungen zeigen nämlich, dass der Suizidwunsch in der Mehrheit der Fälle nicht die Folge körperlicher Beschwerden und extremer Schmerzen ist, sondern der Ausdruck einer Situation des Sich-Verlassen-Fühlens.

Aufgrund einer Studie in den Niederlanden nach den Motiven der Patienten für ihren Wunsch nach Sterbehilfe, die von den ausführenden Ärzten angegeben wurden, zeigt sich folgendes Bild:⁹⁶

Angegebene Gründe	wichtigster Grund	einer der Gründe (Mehrfachnennungen möglich)
Sinnloses Leiden	29 %	56%
Angst vor bzw. Vermeidung von Entwürdigung	24%	46%
Unerträgliches Leiden	18%	42%
Angst vor noch größerem Leiden	7%	26%
Angst vor Ersticken	7%	13%
Schmerzen	5%	35%
Lebensüberdruß	4%	14%
Nicht länger eine Belastung für Familie oder Umgebung sein wollen	2%	22%
Andere	3%	14%

Tab. 3. Von den Patienten genannte Gründe für den Wunsch nach aktiver Euthanasie oder assistiertem Suizid. (van der Wal et al. 1992)

Auch nach den Ergebnissen der Studie von van der Maas et al. (1991) spielte der Verlust der Würde (57% der Fälle) und die Abhängigkeit von anderen (33%) für die Patienten eine wichtigere Rolle als die körperliche Symptomatik.⁹⁷ Die Studie bestätigt also, dass Schmerzen ein geringeres Motiv darstellen als der Verlust der Würde und Abhängigkeit von Institutionen und anderen Menschen.

Aufgrund dieser Ergebnisse, die in leichten Abwandlungen auch in neuerer Literatur zu finden sind, stellt sich nun die Frage, ob das Argument für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aufrecht erhalten werden kann, dass es so starke Schmerzen gibt, die auch durch Medikamente nicht in den Griff zu bekommen sind. Dieses Argument, dass vor allem bei manchen Krebspatienten eine Schmerzlinderung nicht möglich ist - siehe dazu

⁹⁶ Ebd., 45.

⁹⁷ Vgl. ebd., 46.

auch Birnbacher - spricht nicht unbedingt für die Legalisierung, weil andererseits die Medizin und Wissenschaft behauptet, dass derzeit schon Medikamente zur Verfügung stehen, die alle Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduzieren können. Siehe dazu auch dasselbe Argument für und gegen die indirekte Sterbehilfe. Wer hat nun Recht? Wenn dieser Einwand nicht greift, dann wäre dem Argument, dass als Alternative zur Legalisierung der Sterbehilfe die Hospizbewegung gefördert werden sollte, ein großer Teil seiner Grundlage entzogen. Denn die Hospizbewegung und Palliativmedizin beschäftigt sich ausschließlich nur mit schwerst- und sterbenskranke Menschen, wobei die Linderung von Schmerzen ein Hauptanliegen ist.

Spaemann sieht, wie viele andere auch, den Ausweg in der Palliativmedizin und argumentiert ebenfalls mit der heutigen Kontrollierbarkeit der Schmerzen aufgrund der Forschung. Weiters meint er, dass alleine die Zuwendung oft diesen Wunsch nach Suizid verhindern würde. Auf das Thema der Palliativmedizin und der Hospizbewegung wird unter Punkt 13. noch eingegangen. Oft wird darauf verwiesen, dass es in allen westlichen Ländern viel zu wenige solcher Einrichtungen gibt und der Aufbau und die Erhaltung solcher Stationen extrem teuer ist. Hier muss der Staat entscheiden, was ihm die Betreuung von Kranken und alten Menschen wert ist. Derzeit werden viele Hospizeinrichtungen noch von kirchlicher Seite oder karitativen Vereinen geführt, aber auch hier wird der Ruf nach finanzieller Unterstützung seitens des Staates immer lauter. Man sieht diese Problematik auch bei den Debatten um die Finanzierung der jährlich steigenden Pflegekosten. Es steht sehr wohl die Frage im Raum: Kann sich die Gesellschaft aufgrund der heutigen finanziellen Situation, Alte, Kranke, Behinderte usw. noch leisten und ist die Legalisierung der aktive Sterbehilfe die Lösung dieses Problems?

In diesem Zusammenhang zeigt sich ein weiterer Widerspruch. Wenn man davon ausgeht, dass durch die Medikamente die Schmerzthematik bei schwerstkranken Menschen nahezu gelöst ist, und als Begründung für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe diese Schmerzlinderung mit einem möglichen vorzeitigen Todeseintritt herangezogen wird, die sich ausschließlich auf die schwerstkranken Patienten, die sich bereits im Sterbeprozess befinden und unter extremen Schmerzen leiden, bezieht, stellt sich dann die Frage: Warum brauchen wir noch die Zulassung der aktive Sterbehilfe?

Platon sagte bereits, dass es immer Grenzfälle geben wird, die nicht unter das Gesetz subsumiert werden können und denen das Gesetz nicht gerecht werden kann. Aber ist die Lösung gleich die Änderung des Gesetzes? Auch Spaemann kritisiert jene Praxis. Es wird anhand von Grenzfällen, auf die sich dann die Ethiker, die Theologen und die Medien stürzen, die Forderung gestellt, bestehende Gesetze aufgrund dieser Einzelfälle zu ändern. In der Rechtssprechung wird diese Vorgangsweise als Anlassgesetzgebung bezeichnet. Weiter verweisen die Befürworter auch darauf, dass sich mit einer geänderten Regelung die derzeit bestehende Grauzone reduzieren würde.

Kann nun mit der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe diese Grauzone wirklich reduziert werden? Diese Frage ist mit einem nein zu beantworten, weil bei einer ausdrücklichen Regelung auf einen konkreten Status verwiesen wird, sodass sich die Grauzone zu den anderen Kategorien verschieben würde. Wer sich ein bisschen mit der Thematik beschäftigt, weiß genau, wie groß die Dunkelziffer bzw. die Grauzone in der Praxis ist. Deren Existenz wird auch von kaum jemand bestritten. Diese ergibt sich einerseits durch die grundsätzlich moralisch und rechtlich anerkannten Differenzierungen in aktive und passive Sterbehilfe und in indirekte und direkte Sterbehilfe, deren Übergänge fließend und oft nicht feststellbar sind, sodass Ärzte oft Handlungen durchführen die eigentlich strafbar sind. In Deutschland kommt auch noch die unterschiedliche Bewertung der Beihilfe zum Suizid dazu. Die zahlreich geführten Diskussionen gerade im Zusammenhang mit den Begriffsbestimmungen und der Abgrenzung der einzelnen Formen der Sterbehilfe erkennt man an der unüberschaubaren Literatur, auf die bereits hingewiesen wurde, die Problematik dieses Themenbereiches.

Eine weitere Tatsache im Rechtsbereich allgemein ist auch die nachträgliche Legalisierung einer gelebten Praxis, ohne sie auf ethische und grundsätzliche rechtsstaatliche Prinzipien und auf etwaige Folgewirkungen für die Gesellschaft hin zu prüfen, wie es im Endeffekt ja auch bei der Regelung in der Schweiz und den Niederlanden der Fall war. Spaemann schreibt dazu sehr prägnant: „Ausnahmen sollen nicht mehr als Bestätigung der Regel gelten, sondern die Regel aushebeln.“⁹⁸

⁹⁸ Ebd., 27.

Dem folgenden Gedankengang von Spaemann ist ebenfalls zustimmen. Es steht jedem frei, einem Freund oder Angehörigen in einer Extremsituation zu helfen, wenn er dies moralisch und mit seinem Gewissen vereinbaren kann. Aber er muss auch bereits sein, die vom Gesetz vorgesehene Strafe auf sich zu nehmen. Man sieht anhand vieler Urteile, dass die Rechtsfolgen, also die Strafen bei solchen Extremsituationen, meistens geringer bewertet werden und bedingte Haftstrafen die Folge sind. „Er wird in dem Bewusstsein handeln, mit der Intension von Gesetz und Sitte im Tiefsten im Einklang zu stehen und als Ausnahme die Regel zu bestätigen.“⁹⁹

Als Beispiel für diese Bewertung verweise ich auf einen Artikel in der *Kronen Zeitung* vom 17.12.2008¹⁰⁰. Ein pensionierter Arzt wurde für die Tötung einer 70-jährigen Frau durch 3 Injektionen auf deren ausdrücklichen Wunsch am 13. Juni 2006 zu einer Strafe von 18 Monaten bedingt verurteilt.

Spaemann behauptet weiters, dass die „Tötung auf Verlangen“ nur die Einstiegsdroge für die Enttabuisierung der Tötung „lebensunwerten Lebens“ – auch „ohne Zustimmung“ - sei.¹⁰¹ In diesem Zusammenhang verweist er auf die Aussage des amerikanischen Arztes Leo Alexander von 1949¹⁰², bei der es um die Verteidigung der Ärzte im Dritten Reich bei den Gerichtsprozessen ging. Im Vordergrund stand die Frage über den Ursprung der Verbrechen. Zuerst wurde die Auffassung vertreten, dass es Zustände gibt, die das Leben nicht mehr lebenswert machen. Und zunächst betraf es wirklich nur die schwer und chronisch Kranken. In der Folge wurde diese Kategorie, wie bereits erwähnt, um die sozial Unproduktiven und die ideologisch und rassistisch Unerwünschten erweitert. Auslöser war aber die Haltung gegenüber den unheilbar Kranken. Auch Spaemann verweist in diesem Zusammenhang auf die Entwicklung in den Niederlanden, wo ein sehr großer Anteil ohne eigenes Verlangen und ohne schwer krank zu sein, sondern nur aufgrund des Urteils von Angehörigen oder Ärzten, deren Aufgabe es ist zu bewerten, ob ein Leben noch lebenswert ist oder nicht mehr, getötet wird.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ „Sterbehilfe-Prozess: Pensionierter Arzt verurteilt“, in: *Krone* 17.12.2008.

¹⁰¹ Spaemann, Fuchs, *Töten oder sterben lassen?* 21.

¹⁰² Ebd.

Wie erwähnt, wird bei Tötung auf Verlangen mit dem Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung argumentiert. Daraus ergibt sich, dass jedem einwilligungsfähigen und informierten Menschen sein Todeswunsch erfüllt werden müsste, wenn er diesen nur rational geäußert hat. Abgesehen von der Auslegungsproblematik des Begriffs Rationalität, mit der Hoerster, siehe dazu Punkt 12.2., seine Argumente zum Teil fundiert, stellt sich nun die weitere Frage: Widerspricht nicht die Einschränkung auf ein unheilbares Leiden dem Selbstbestimmungsprinzip? Liegt hier nicht eine unbegründbare und unzulässige Bevormundung vor? Man könnte auch argumentieren, dass aufgrund des Autonomieprinzips jede Person, die nach dem Gesetz die Geschäftsfähigkeit besitzt, diese Sterbehilfe ohne irgend eine Einschränkung in Anspruch nehmen kann, weil dieses Autonomieprinzip und die Selbstverantwortung einen immer höheren Stellenwert in der Rechtsordnung bekommt. Spaemann schreibt dazu folgendes:

Eine solche Einschränkung hat nun aber mit dem Prinzip der Selbstbestimmung nichts zu tun, ja sie widerspricht ihr sogar. Warum sollte nicht jeder Mensch das Recht haben, die Kriterien für die Bewertung seines Lebens selbst zu bestimmen? Warum sollte der „Bilanzselbstmord“ benachteiligt werden? Warum der Selbstmord aus Liebeskummer?¹⁰³

Auch hier finden sich der Verweis auf den Bilanzselbstmord und den Selbstmord aus Liebeskummer und der Einwand, dass ein potentieller Selbstmörder später darüber froh ist, dass er von der Durchführung der Selbsttötung abgehalten worden ist. Wer aber kann entscheiden, ob ein Leben lebenswert ist oder nicht, doch nur die betroffene Person selbst? Ein Außenstehender kann und darf diese Bewertung nicht durchführen, unabhängig davon, ob für ihn diese Eigeneinschätzung irrational oder rational oder kurz oder langfristig erscheint. Es wird jedoch bei den Gründen für den Todeswunsch immer auf diese Rationalität abgestellt, um diesen objektivierbar und für den Arzt nachvollziehbar zu machen, damit der Arzt eine Rechtfertigung für sein Vorgehen hat. Diese Objektivierung ist nicht möglich. Und Spaemann schreibt auch in diesem Sinne:

[...] und wenn Dritte über diese Rationalität entscheiden dürfen, dann können diese Dritten auch im Falle der Unfähigkeit des Todeskandidaten zur Selbstbestimmung in stellvertretender Wahrnehmung seines „wohlverstandenen Interesses“ über sein Leben entscheiden. Der Übergang von der Tötung auf Verlangen zur Tötung ohne Verlangen ist damit geschaffen, [...].¹⁰⁴

¹⁰³ Ebd., 22-23.

¹⁰⁴ Ebd., 23.

Im Zusammenhang mit der immer wieder geforderten Rationalität sind jedoch Zweifel angebracht, ob eine schwerkranke Person, die durch Ängste und andere emotionale „Zustände“ und durch ihre körperliche Verfassung in der Lage ist einen rationalen und für den Arzt nachvollziehbaren Sterbewunsch zu äußern, der auch auf Dauer Bestand hat, auch wenn, rechtlich gesehen, an die Einwilligungsfähigkeit bei der Sterbehilfeproblematik geringere Ansprüche gestellt werden als bei einem gesunden Menschen, siehe dazu die Regelung im ABGB über die Geschäftsfähigkeit. Die Einhaltung der Bedingung einer rationalen Einwilligung ist in der Praxis schwierig und kaum realisierbar. Abgesehen davon, müssten bei einem so wichtigen Punkt, wie die Entscheidung eines Menschen sein Leben vorzeitig zu beenden, sogar noch größere Sorgfaltspflichten seitens der Ärzte und erhöhte Anforderungen an diese Einwilligungsfähigkeit verlangt werden, als es in der normalen Geschäftswelt rechtlich gefordert ist, weil es hier um die Fehlerhaftigkeit, Anfälligkeit für Irrtümer und die Irreversibilität der Handlung geht.

Auch Spaemann stellt die Frage: Leben verlängern um jeden Preis?

Wie bereits ausgeführt, steht bei dieser Thematik der Einsatz der neuen Möglichkeiten in der Medizin und der damit verbundenen künstlichen Lebensverlängerung im Vordergrund. Die Folge davon ist der immer menschenunwürdigere Sterbeprozess. Nach wie vor ist es in Krankenhäusern üblich, sterbende Patienten in ein Untersuchungszimmer oder anderen leer stehenden Räumen einfach abzustellen und sie dort allein sterben zu lassen, weil auch die Angehörigen sehr oft mit dieser Situation überfordert sind. Sie flüchten, weil sie sich selbst nicht mit dem Sterbeprozess auseinandersetzen wollen, der sie ja mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert. Weiters wird in diesem Zusammenhang auch immer wieder die Kritik laut, dass viele Ärzte mit dem Tod selbst ein Problem haben und deswegen versuchen noch irgendwelche aktiven Handlungen zu setzen, um den Tod hinaus zu zögern und den Patienten nicht einfach sterben zu lassen und dabei auch noch zusehen zu müssen.

Und hier schreibt Spaemann zu Recht. „Die „aktive Sterbehilfe“ ist die Kehrseite jenes Aktivismus, der bis zum letzten Augenblick etwas „machen“ muß. Wenn man das Leben nicht mehr machen kann, muß der Tod gemacht werden.“¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ebd., 29.

Er beendet seinen Artikel mit folgenden Worten:

„Die Hospizbewegung, nicht die Euthanasiebewegung ist die menschenwürdige Antwort auf unsere Situation. Wo Sterben nicht als Teil des Lebens verstanden und kultiviert wird, da beginnt die Zivilisation des Todes.“¹⁰⁶

Um ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen, sollte aufgrund der moralischen Seite die Medizin nicht mehr alles tun dürfen, was technisch möglich ist. In diesem Zusammenhang spielt die Menschenwürde eine extrem wichtige Rolle. Sie ist auch im Sterbeprozess immer zu berücksichtigen. Gerade im Bezug auf die Intensivmedizin muss die gesamte Situation beachtet werden. Es ist daher sowohl der Nutzen einer Behandlung, die damit verbundenen Kosten und eine eventuelle Nutzlosigkeit der Behandlung, als auch die Menschenwürde des Patienten und seine Bedürfnisse für die Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Allerdings darf nicht zu Lasten der Patienten eingespart werden. Andererseits müssen wir jedoch mit der Tatsache leben, dass Personen im letzten Drittel ihres Lebens die meisten Kosten im Gesundheitswesen verursachen und gerade der Umgang mit diesen Menschen in der letzten Phase ihres Lebens zeigt uns auch, ob die Gesellschaft bzw. Gemeinschaft ihren sozialen Aufgaben zum Schutze aller Bürger gerecht wird oder nicht. Würden wir dies nicht tun, wären wir auch recht bald, wie es Hobbes formulieren würde, beim Naturrecht, in dem der Stärkere gegenüber dem Schwächeren obsiegt.

Abschließend wäre noch Folgendes zu ergänzen. Ich verstehe in diesem Zusammenhang die Kritik an Spaemann nicht, dass er sich in Diskussionen, Büchern und Vorträgen immer auf die Praktiken des Nationalsozialismus bezieht, um seine negative Einstellung der Legalisierung der Sterbehilfe gegenüber begründen zu können. Auch der immer wieder vorgebrachte Verweis, dass diese Praxis in einer Demokratie in der heutigen Form in den westlichen Ländern nicht vorkommen könne, ist für mich nicht stichhaltig. Ich interpretiere ihn so, dass er einfach die möglichen Missbrauchsfahren aufzeigen will, die aufgrund der Legalisierung der Sterbehilfe gerade in der heutigen Zeit wieder auftreten könnten. Er will die Leute mit der damaligen Realität zum Nachdenken über den Umgang mit Menschengruppen, die heute bereits in der Gesellschaft ausgegrenzt werden, anregen. Hier sind seine Bedenken voll

¹⁰⁶ Ebd., 30.

nachvollziehbar, denn ich weiß aus eigener Erfahrung, wie schnell sich Einstellungen, Werte und Sichtweisen im Laufe der Zeit ändern und wie rasch sich Menschen an gewisse Situationen anpassen können und teilweise auch müssen. Wie leicht eine Beeinflussung von Menschen möglich ist und wie schnell ein Gewöhnungseffekt eintritt, zeigt sich heute in vielen Bereichen. Geschürt wird das Ganze auch noch durch die Medien, wo derzeit immer auf die prekäre finanzielle Situation, die notwendigen Einsparungen im Gesundheitswesen, die immer schwieriger werdende Finanzierung der steigenden Pflegekosten und Pensionskürzungen verwiesen wird. Daher ist diese Gefahr sehr realistisch einige Praktiken aufgrund der heutigen Situation zwar nicht direkt aber indirekt Realität werden zu lassen.

Im Folgenden wird Spaemann, dem Gegner der Legalisierung der Sterbehilfe dem Befürworter der Legalisierung Hoerster gegenübergestellt, der ausschließlich mit dem Leid und den Interessen der Einzelnen argumentiert.

12.2. Norbert Hoerster – als Befürworter der Liberalisierung

Ich beziehe mich bei dieser Darstellung auf das Buch *„Sterbehilfe im säkularisierten Staat“*. Hoerster nimmt im Gegensatz zu Spaemann nicht die möglichen Folgen für die Gesellschaft (Dammbruchargumente) bei der Legalisierung als Ausgangspunkt seiner ethischen und rechtlichen Überlegungen, sondern stützt seine Argumentation primär auf die unmittelbaren realen Interessen der leidenden Menschen. Für ihn liegt die Bewertung der Zulässigkeit auf der Leidensfähigkeit und dem rationalen Wunsch des Patienten sterben zu wollen. Für die Beurteilung wird somit nur ein subjektives Kriterium herangezogen und kein objektiver Maßstab. Diese Leidensfähigkeit ist, wie bereits erwähnt, bei jedem unterschiedlich. Auf die Auslegungsproblematik des Begriffs Leidensfähigkeit habe ich bereits hingewiesen. Hoerster bewegt sich vor allem auf dem empirischen Gebiet und beantwortet die meisten Argumente, die gegen die Legalisierung vorgebracht werden, mit dem Hinweis, dass diese Folgen, wie die Praxis in den Niederlanden zeigt, eben nicht durch Studien belegt seien. Die Gegner wären von theologischen Interessen, wie sie auch heute noch zum Teil in der Gesellschaft vorherrschend sind, beeinflusst. Der Vorwurf lautet, dass sie nicht bereit wären über dieses Thema wertneutral und unter humanen Gesichtspunkten, wie es heute aufgrund des Wertepluralismus in der Gesellschaft sein sollte, zu diskutieren. Er spart dabei auch nicht an Kritik gegenüber den Juristen, Politikern und oberen Gremien der Ärzte, die in

schöner Eintracht eine Debatte über die Legalisierung der Sterbehilfe nicht zulassen. Weiters stellt er auch auf eine schwere und unheilbare Erkrankung ab, deren Interpretation jetzt nicht nur den sterbenskranken, sondern auch den behinderten, depressiven (Bilanzselbstmord), also auch psychisch Kranken oder komatösen Patienten umfasst. Er erwähnt sogar, wie auch Singer, dass nichts gegen eine Tötung eines schwerstbehinderten Neugeborenen unter gewissen Umständen sprechen würde.

Ich habe versucht jene Diskussionen, die sich aufgrund der unterschiedlichen Gesetzgebung in Deutschland, die jedoch in der Praxis auf sehr ähnliche Rechtsfolgen abzielen wie in Österreich, beiseite zu lassen, und mich auf solche Argumente konzentriert, die für beide Länder gelten und deren Rechtssprechung sowohl in Österreich als auch Deutschland übereinstimmen. Ich gehe hier auch nicht näher auf Diskussionen von Hoerster im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Rechtsfolgen bei der Beihilfe zum Selbstmord und seinen Erläuterungen zum Würdebegriff ein.

Bevor nun näher auf einige Thesen von Hoerster einzugehen ist, verweise ich auf ein Zitat von Quill, weil es genau dem Grundtenor der Einstellung von Hoerster entspricht:

Obwohl ich ein begeisterter Befürworter der Hospizpflege bin, beunruhigt es mich tief, daß viele Ärzte nicht bereit sind, offen zu bekennen, daß sie ihre Grenzen hat. Wenn wir nicht zugeben, daß der Tod mit unerträglichen Leiden verbunden sein kann, wie sollen wir dann Alternativen entwickeln, die den Bedürfnissen von Patienten entsprechen, die nur noch darauf hoffen können, durch den Tod von ihren Leiden erlöst zu werden? Damit lassen wir diejenigen im Stich, deren Not am größten ist, und verstoßen gegen Grundprinzipien der Hospizpflege.¹⁰⁷

Hoerster bezieht sich ebenfalls auf die Diskussionen, die seit Jahren darüber geführt werden, ob die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ethisch vertretbar ist und auch rechtlich geregelt werden sollte. Denn in der Realität liegt sehr oft die Sterbehilfe im Ermessen des betreffenden Arztes und seiner weltanschaulich-moralischen Einstellung. Diese Beliebigkeit und Unsicherheit sei sowohl für die einzelne Person, für die Gesellschaft, die Justiz und für den Arzt selbst nicht tragbar. Daher kann das Ziel nur eine ausdrückliche Regelung dieser Thematik sein. Hoerster ist übrigens Jurist.

Er stellt nun die Frage, wie eine Sterbehilfe, die von einer möglichst rationalen und humanen Sicht aus zu sehen ist, in der heutigen Gesellschaft geregelt werden soll. Diese

¹⁰⁷ Timothy Quill, *Das Sterben erleichtern. Plädoyer für einen würdevollen Tod*, München 1994, 33.

Frage ist an jenen ethischen Prinzipien zu messen, die sich in unserer Gesellschaft bewährt haben, weil sie seit langem zur Regelung von vergleichbaren Fragen herangezogen werden. Das heißt, eine Regelung muss, wie erwähnt, in Einklang mit den von der Gesellschaft allgemein anerkannten, umfassenderen ethischen Prinzipien stehen. Auch er beginnt mit der Kritik an den unterschiedlichen Regelungen und Rechtsfolgen der einzelnen Formen der Sterbehilfe, der zuzustimmen ist, da diese sachlich und moralisch nicht nachvollziehbar sind. Der Begriff der Rationalität zieht sich für die Begründbarkeit seiner Argumente für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch das gesamte Buch, und viele Kritiker setzten unter anderen auch an diesem Rationalitätsbegriff an.

Passive Sterbehilfe:

Darunter versteht man das Sterbenlassen durch Untätigkeit oder Unterlassen, nämlich durch den Verzicht auf eine mögliche lebensverlängernde ärztliche Maßnahme. Sollte nun diese passive Sterbehilfe rechtlich zugelassen werden? Hoerster beruft sich ebenfalls auf das Autonomieprinzip und die Regelung, dass jede ärztliche Behandlung der Zustimmung oder Einwilligung bedarf, unabhängig von den jeweiligen Konsequenzen oder vom Nutzen, auch von einem eventuellen vorzeitigen Tod, die sich aus einer Behandlung oder Nichtbehandlung ergeben. Eine eigenmächtige Heilbehandlung des Arztes ist unzulässig.

Der Grundsatz der Behandlungshoheit gilt sowohl für den Beginn einer ärztlichen Tätigkeit als auch für jede einzelne Maßnahme einer laufenden ärztlichen Behandlung, wobei allerdings umstritten ist, wann eine neuerliche Bewilligung für eine weitere Maßnahme während der laufenden Behandlung notwendig ist. Allerdings kann man grundsätzlich davon ausgehen, dass die Einwilligung zu Beginn der Behandlung die notwendigen Einzelmaßnahmen, die allerdings mit dem Patienten abgesprochen werden müssen, umfasst. Wichtig ist aber, dass durch Einzelmaßnahmen keine zusätzlichen Risiken für den Patienten hinzukommen. Aus dieser Behandlungshoheit ergibt sich auch das Recht, jede laufende Behandlung jederzeit abbrechen zu können. Wie erwähnt, macht sich ein Arzt, der ohne Bewilligung eine Behandlung durchführt, der Körperverletzung und/oder Nötigung schuldig. Es darf also dem Patienten keine ärztliche Maßnahme aufgezwungen werden.

Wenn man nun auf dieses Prinzip abstellt, muss die passive Sterbehilfe zulässig sein, wenn der Patient einer möglichen Behandlung seine Zustimmung versagt oder eine passive Sterbehilfe ausdrücklich wünscht. Laut Hoerster ist diese Vorgangsweise weitgehend unstrittig. Dem ist entgegen zu halten, dass es einige Autoren gibt, die die Legalisierung der passiven Sterbehilfe moralisch ablehnen und sowohl die aktive als auch die passive Sterbehilfe als verboten ansehen, auch wenn diese Form der Sterbehilfe von der Rechtsordnung akzeptiert wird. Aber die Legalität der passiven Sterbehilfe durch Unterlassung lässt sich am leichtesten argumentieren im Gegensatz zu den anderen Formen. Sie findet auch in der Bevölkerung weitgehend Anerkennung. Hoerster schreibt:

Eben wegen dieser Überlagerung der passiven Sterbehilfe durch die Behandlungshoheit des Patienten erübrigt sich auch eine eigene gesetzliche Regelung der passiven Sterbehilfe.¹⁰⁸ [...] Und zwar sollte diese Ermächtigung, [...] bei der aktiven Sterbehilfe in dem (auf bestimmte Art zustande gekommenen) *Wunsch* des Patienten nach der Tötungshandlung, bei der passiven in der *Verweigerung der Einwilligung* des Patienten in eine lebenserhaltende Behandlung erblickt werden.¹⁰⁹

Er geht ebenfalls auf die strittige Thematik der mutmaßlichen Einwilligung ein. Unter welchen Bedingungen ist eine Sterbehilfe ohne ausdrückliche Ermächtigung zulässig? Diese Frage stellt sich für alle Formen der Sterbehilfe. Das Rechtsinstitut der mutmaßlichen Einwilligung ist bei folgenden Szenarien notwendig, die Hoerster auf der Seite 64 beschreibt. Auf der einen Seite steht beispielsweise das bewusstlose Unfallsopfer, das keine Zustimmung zur Behandlung geben kann, aber, um es zu retten, dringend operiert werden muss. Hier muss, und hier ist Hoerster zuzustimmen, eine Behandlung grundsätzlich möglich sein. Diese Entscheidung, die auch in diesem Extremfall nach der Rechtsordnung notwendig ist, liegt nun aber nicht beim Arzt selbst, sondern ausschließlich in der mutmaßlichen Bewertung des Unfallopfers. Es kommt alleine darauf an, wie der Betroffene in dieser Situation reagieren würde. Es geht also um die Frage, ob der Betroffene, wenn er nicht bewusstlos wäre, dieser Behandlung zustimmen würde. In der Realität wird die Einholung dieser Informationen aufgrund des Zeitmangels nicht oder kaum möglich sein. Hier wird nun auf eine rechtliche Fiktion, die in allen Bereichen anzutreffen ist, zurückgegriffen und zwar auf den objektiven Willen, also auf eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit. Das Gesetz geht von jenen Einstellungen aus, die gewöhnliche, normale Patienten, also Durchschnittsbürger, die

¹⁰⁸ Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 65.

¹⁰⁹ Ebd., 70.

voll informiert sind, in dieser hypothetischen Situation hätten, sich also für oder gegen die Behandlung aussprechen würden. Somit ersetzt also die hypothetische Einstellung eines Normalpatienten die mutmaßliche Einwilligung, sodass es herrschende Judikatur ist, bei einem bewusstlosen Unfallopfer die entsprechende notwendige Operation durchzuführen, ohne sich beispielsweise einer Körperverletzung schuldig zu machen. Das ist unstrittig und durch die Rechtsordnung gedeckt.

Was allerdings sehr erstaunlich ist, dass Hoerster nun meint, dieses Rechtsinstitut auch auf die passive Sterbehilfe ausweiten zu können, weil er hier offensichtlich zwei Problemkreise komplett vermischt. Er betont nämlich, dass diese Vorgangsweise auch bei Behandlungsmaßnahmen gegenüber einem kranken oder leidenden Menschen gelten sollte. Hier widerspricht er der vorherrschenden Auffassung, dass, wenn dieser mutmaßliche Wille, nach persönlichen Wertungen und Präferenzen, im subjektiven Sinn, nicht eruiert werden kann der Patient dann weiter zu behandeln ist und dieser Ansatz gilt für alle Formen der Sterbehilfe. Er plädiert somit für einen Beweislastwechsel. Im Zweifel sollte auf den objektiven Willen eines Normalpatienten abgestellt werden. Diese Ansicht ist äußerst bedenklich, denn damit entfernt man sich meilenweit von der Intention der mutmaßlichen Einwilligung. Man kann bei der Sterhilfe nicht von einer fiktiven Annahme ausgehen, dass dieser Patient eine lebensverlängernde Behandlung in seinem gegebenen Zustand, sofern er zu einer Willensbildung fähig wäre, nicht wünschen würde und dann noch auf die Willensbildung der Durchschnittsbürger abzielen, denn dann wäre die gesamte Diskussion im Zusammenhang mit dieser mutmaßlichen Willensbildung realitätsfremd. Abgesehen davon stellt er bei der aktiven Sterbehilfe sehr wohl auf das Rechtsinstitut der mutmaßlichen Einwilligung ab. Diese unterschiedliche Handhabung ist sachlich nicht zu rechtfertigen. Auf der einen Seite hätten wir bei der passiven Sterbehilfe die freiwillige Einwilligung des Patienten und auf der anderen Seite den Willen des Durchschnittsbürgers. Die Folge wäre somit jene, dass der Arzt oder die Angehörigen gar nicht mehr versuchen bräuchten den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu eruieren. Aus der Ablehnung dieses Ansatzes ergibt sich daher die logische Konsequenz, dass, wenn der mutmaßliche Wille eines solchen Patienten nicht eindeutig und klar erhoben werden kann, die Behandlung nicht abgebrochen werden darf, obwohl von der menschlichen und sogar von der moralischen Seite einiges für den Abbruch sprechen könnte. Im Zweifel ist also für das Leben und nicht für die Tötung zu entscheiden.

Hoerster geht weiters auf die Problematik der Patientenverfügung, der dahinter stehenden Willenserklärung und der Fraglichkeit der Identität des Willens bei der Abfassung und des Willens im Bedarfsfall ein. Auch hier geht es wieder um eine mögliche Willensänderung während dieses Zeitraumes. Sie wird jedoch in eine mutmaßliche Einwilligung umgedeutet und insofern sich nicht Indizien zeigen, dass sich der Willen des Betroffenen in der Zwischenzeit geändert hat, ist diese allgemein anzuerkennen trotz der vielen Diskussionen darüber, ob der früher erklärte ausdrückliche Wille mit dem gegenwärtigen mutmaßlichen Willen des Patienten identisch ist oder nicht. Es müssen konkrete Anhaltspunkte für eine zwischenzeitliche Willensänderung des Betroffenen vorliegen.

Ein problematischer, aber nachvollziehbarer Einwand ist folgender: Der Sinn der Patientenverfügung liegt darin, dass der Arzt sich an diese Verfügung zu halten hat, wenn kein gegenteiliger Wille ersichtlich ist, unabhängig von seinen eigenen Einstellungen und Motiven. Es kommt aber immer wieder vor, dass ein Arzt aufgrund der technischen Möglichkeiten und trotz des Vorliegens einer Patientenverfügung einen bewusstlosen Schwerkranken oder Sterbenskranken durch aktive Maßnahmen mit dem Argument wieder ins Leben zurückruft, er habe bereits oft erlebt, dass der Patient im Nachhinein über die lebensrettende Maßnahme froh gewesen sei. Sein Lebenswille würde sich als ungebrochen erweisen. Dieses Argument findet sich auch beim Selbstmord.

Das Argument mit dem Lebenswillen lehnt Hoerster strikt ab. Er gesteht jedoch ein, dass es durchaus Fälle geben kann, in dem sich der Wille bei der Abfassung und der Wille zum betreffenden Zeitpunkt der Benötigung der Verfügung geändert haben kann. Sind Indizien für eine Willensänderung vorhanden, dann müssen diese natürlich berücksichtigt werden. Der Arzt hat nicht das Recht, sich über solche Verfügungen hinwegzusetzen. Das wäre dann eine paternalistische Einstellung des Arztes, der die Selbstbestimmung des Patienten nicht berücksichtigt. An die Stelle des individuellen Patientenwillens würde die individuelle Eigenwertung des Arztes treten. Auch das Berufsethos des Heilens bedeutet nicht, dass ein Arzt das Sterben eines Patienten um jeden Preis mit allen Möglichkeiten der modernen Medizin verlängern muss. Die passive Sterbehilfe würde hier im Grunde vollkommen in das Ermessen des jeweiligen Arztes gestellt werden, denn dem Arzt würde unter dem Deckmantel einer scheinbar

feststehenden Berufsethik ermöglicht werden, bei dem Patienten eine Behandlung durchzuführen, die gar nicht von dessen Einwilligung getragen wäre. Für Hoerster steht somit die Autonomie des Menschen im Vordergrund und für ihn stellt die passive Sterbehilfe kein Problem dar.

Er bezieht sich dann auf zwei Auffassungen, die laut seiner Meinung oft vertreten werden, die aber mit seiner Position nicht vereinbar sind.

Erstens verweist er auf die von Papst Pius XII. und in seinem Gefolge auf die von zahlreichen Kirchenführern und Theologen vertretene ethische Unterscheidung zwischen der Anwendung sogenannter "gewöhnlicher" und sogenannter "außergewöhnlicher" therapeutischer Maßnahmen der Lebensverlängerung, wobei nur der Verzicht auf diese außergewöhnlichen Maßnahmen als legitim zu betrachten wären. Ein Argument, dass ebenfalls immer wieder vorgebracht wird, ist jenes, dass eine künstliche Ernährung keine medizinische Maßnahme und daher nicht an die Einwilligung des Patienten gebunden sei. Hoerster lehnt aber diese Unterscheidung ab, für ihn bedarf auch die Ernährung der Einwilligung des Patienten. Er sieht auch keinen Sinn in der unterschiedlichen Behandlung, je nachdem wie nahe oder ferne der Todeseintritt bevorsteht. Auch dieser Auffassung ist nicht zu folgen.

Bei den oben genannten Begriffen geht es, so wie ich sie interpretiere, da Hoerster nicht näher darauf eingeht, um Diskussionen, die sowohl im Zusammenhang mit der Sterbehilfe als auch der Finanzierung des Gesundheitswesens, die unter dem Schlagwort Basisversorgung und zusätzliche Behandlungsangebote geführt werden. Nach Hoerster müssen - und hier liegt die Betonung auf müssen - auch gewöhnliche Maßnahmen, und wenn man gewöhnliche Maßnahmen unter dem Begriff Basisversorgung subsumiert, von den Ärzten unterlassen werden, sofern dies dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Hier wird auch die heftig umstrittene Thematik angesprochen, welche Leistungen unter die Basisversorgung fallen und welche als zusätzliche Leistungen, auf welche verzichtet werden kann, anzusehen sind. Stark diskutiert wird unter anderen die Frage, ob Nahrung und Wasser zur Basisversorgung gehören. Seine Meinung widerspricht der gängigen Auffassung, dass zumindest die Basisversorgung bei den Schwerkranken und Sterbenden und bei jenen, die auf jede Behandlung verzichtet haben, durchgeführt werden muss. Das heißt Nahrung, Wasser

und Hygiene gehört laut Mehrheit der Ethiker zur Basisversorgung, obwohl es auch gegenteilige Meinungen von Ärzten und Wissenschaftlern gibt, die die Ansicht vertreten, das Sterbende und schwerkranke Personen keine Hunger- und Durstgefühle mehr haben. Die Frage, die sich aus diesen Aussagen ableiten lässt: Sind diese Behauptungen nun erwiesen, oder spricht nur eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür?

Das Argument von Hoerster, also der Verzicht auf die Basisversorgung, greift nur dann, wenn durch das Abstellen der Herz-Lungenmaschine oder des Beatmungsgerätes der Tod fast sofort eintritt. Bei der Entfernung der Magensonde bei einem Wachkomapatienten liegt jedoch eine andere Situation vor. Abgesehen von der unterschiedlichen Sichtweise, ob die Magensonde zur Basisversorgung gehört, oder aufgrund eines bestimmten Krankheitsbildes als zusätzliche Behandlung definiert wird, bleibt jedoch die Tatsache, dass das Verhungern zwei bis drei Wochen dauern kann und sehr wohl Flüssigkeit bei diesem Prozess zugeführt wird (siehe in diesem Zusammenhang auch den Fall Schiavo). Daher widerspricht seine Argumentation der allgemein gängigen moralischen Wertung, die im Zusammenhang mit dem Umgang von hilfsbedürftigen Patienten zu beachten ist.

Bei der strittigen Frage, ob das Abschalten eines lebenserhaltenden medizinischen Apparates auf Wunsch des Patienten als aktiv oder passiv einzustufen ist, unterscheidet Hoerster durch den Umstand wer die Maschine abstellt. Stellt der behandelnde Arzt die Maschine ab, so liegt dieser Abbruch innerhalb der Behandlungshoheit des Patienten. Es liegt ein Verzicht auf eine weitere Behandlung vor, unabhängig davon, ob es sich hier um ein aktives Tun handelt oder nicht.

Eine andere Situation liegt jedoch dann vor, wenn ein unbeteiligter Dritter diesen Apparat abschaltet. Hier handelt es sich um aktive Sterbehilfe, die von der Behandlungshoheit des Patienten nicht gedeckt ist. Er stellt bei dieser unterschiedlichen Bewertung auf den Behandlungsvertrag ab, der zwischen dem Arzt und Patienten abgeschlossen worden ist und dem durch die Ablehnung das Recht auf Weiterbehandlung entzogen wird.

Die zweite Position, die gegen die Auffassung von Hoerster spricht, ist jene, dass, anstatt auf den Willen des Patienten abzustellen, der Arzt sich nun die Frage stellt, ob

eine Behandlung nach seiner Auffassung noch "angezeigt" ist oder nicht. Diese Praxis ist unter Ärzten sehr weit verbreitet. Dass bedeutet, hier bestimmt der Arzt die Zulässigkeit oder Ablehnung der passiven Sterbehilfe, je nachdem, in welchem Leidenszustand sich der Betroffene befindet und wie nahe der bevorstehende Tod ist. Soll nun eine Heilbehandlung aufgenommen oder fortgeführt werden, so entscheidet ausschließlich der Arzt, ob diese aufgrund der Aussichtslosigkeit nach ärztlichem Ermessen nicht mehr angezeigt ist. Hier ist Hoerster zuzustimmen, denn es wird das Autonomieprinzip verletzt, indem die Wertung des Patienten durch die Eigenwertung des Arztes ersetzt wird, der auch noch möglicherweise unter dem Druck von Kosteneinsparungen steht.

Aktive Sterbehilfe:

Diese ist, wie gesagt, in der Rechtsordnung wesentlich umstrittener als die passive. Die aktive Sterbehilfe ist Sterbehilfe durch die Gabe eines Medikamentes, also die bewusste Tötung eines Menschen. Auch Hoerster geht auf die Argumente der Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens, den Tötungsverbot und den Schutz bzw. den Recht auf Leben ein.

Verstößt nun die Zulassung einer aktiven Sterbehilfe gegen dieses Recht auf Leben?

Ein klarer Verstoß gegen des Recht auf Leben liegt dann vor, wenn die Sterbehilfe ohne Einwilligung des Betroffenen erfolgt, wenn also der Arzt entscheidet, dass das Leben dieses Patienten nicht mehr lebenswert sei und die Tötungshandlung setzt. Hier ist der Begriff der Sterbehilfe nicht mehr angebracht und darum waren die allermeisten der von den Nazis unter dem Stichwort "Euthanasie" durchgeführten Tötungen keine Aktionen der Sterbehilfe, sondern Morde.

Verstößt nun diese Tötung gegen die Unverfügbarkeit des Lebens?

Dieses Argument findet sich ebenfalls bei Hoerster. Im Punkt 10.2.1. wurde das Argument über das Eigentumsrecht bereits näher erläutert, wobei die Gegner die Verfügbarkeit über das Eigentum nicht auf die Verfügbarkeit über das menschliche Leben ausdehnen wollen. Im Zusammenhang mit dem Eigentumsrecht stellt nun Hoerster die Frage, warum die Zerstörung des Lebens durch sich selbst oder durch einen Beauftragten anders beurteilt werden soll als die Bewertung bei Eigentum, weil er nicht differenziert zwischen Leben und Sache oder anderen individuellen Rechten,

sondern das Leben nicht anders als das individuelle Eigentum, über das man als Eigentümer frei verfügen kann, bewertet. Somit verstößt die Selbsttötung und Fremdtötung nach seiner Meinung nicht gegen das Recht auf Leben und gegen die Rechtsordnung, und die Würde des Menschen wird ebenfalls nicht verletzt. Bei der Würde geht es vor allem hier um den Autonomiebegriff und die strittige Frage, wie dieser bei einer Selbsttötung und einer Fremdtötung und wie auch die Autonomie des Dritten, der die Tötung vornimmt, zu bewerten ist. Schlagwort: Selbstbestimmung wird zur Fremdbestimmung und widerspricht der Autonomie des Betroffenen. Wie gesagt, eine These, bei der eine Sache mit dem Leben gleichgesetzt wird und prinzipiell derselben Verfügungsmöglichkeit unterliegt, ist moralisch und rechtlich nicht vertretbar und widerspricht vielen Prinzipien, die weit über die die Medizinethik hinausgehen.

Auch die Kirche geht grundsätzlich von der Unverfügbarkeit des Lebens aus. Eine Ausnahme davon ist z.B. Küng¹¹⁰, ein Theologe, der ein Befürworter der aktiven Sterbehilfe ist und der aufgrund der Vernunft des Menschen ihm auch eine Verfügbarkeit über sein Leben zuspricht.

Auch auf diesen Aspekt beziehen sich, wie erwähnt, sehr viele Gegner der aktiven Sterbehilfe, vor allem die christlichen Kirchen. So bezieht sich die „[...] Enzyklika *Evangelium vitae*, in der Johannes Paul II. Abtreibung und Euthanasie als die „neuen Bedrohungen des menschlichen Lebens“ verurteilt, unter dem ausdrücklichen Motto der „Untastbarkeit des menschlichen Lebens“.“¹¹¹ das „[...] „aus der Heiligkeit des Lebens erwächst“, [...] dass das Leben letztlich nicht dem Menschen gehört, sondern „Eigentum und Geschenk Gottes, des Schöpfers und Vaters ist“.“¹¹² Unter *Euthanasie* versteht der Papst in diesem Zusammenhang „eine Handlung oder Unterlassung, die ihrer Natur nach und aus bewußter Absicht den Tod herbeiführt, um auf diese Weise jeden Schmerz zu beenden“.“¹¹³ Die staatliche Zulassung der Euthanasie, selbst wenn sie in einer Demokratie mehrheitlich beschlossen wurde, verstößt deshalb gegen die „Anerkennung eines objektiven Sittengesetzes“ und befindet sich „in totalem und

¹¹⁰ Hans Küng, „Menschenwürdig sterben“, in: *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, hg. von Walter Jens, Hans Küng, Stuttgart, Zürich 1995.

¹¹¹ Papst Johannes Paul II, 1995, 8 f.

¹¹² Ebd., 50.

¹¹³ Ebd., 81f.

unversöhnlichen Widerspruch zu dem allen Menschen eigenen unverletzlichen Recht auf Leben“ [...].“¹¹⁴

Innerhalb der *evangelischen* Kirche wird die Sterbehilfe grundsätzlich abgelehnt. In einer EntschlieÙung der Generalsynode der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands aus dem Jahre 1988 heiÙt es:

Die aktive Beendigung des Lebens, auch wenn es schmerzgeplagt ist, verstößt gegen Gottes Gebot. Kein Arzt, Sterbebegleiter oder Angehöriger darf sich zum Herrn über Leben und Tod aufschwingen. ... Denn das Leben ist eine Gabe Gottes. Der Mensch darf über diese Gabe nicht nach eigenem Gutdünken verfügen. ... Zum Humanum gehört es, sich auch dem Elend zu stellen, das mit dem Sterben verbunden sein kann. ... Bestrebungen, die Tötung auf Verlangen in Grenzfällen nicht unter Strafe zu stellen, sind abzulehnen.¹¹⁵

Hoerster lehnt dies ab. Dies sei kein ethisches Prinzip, sondern ein spezifisch religiös-christliches Postulat, das nur mehr für einen geringen Teil der Bevölkerung Autorität besitzt. Er stellt die Frage: „Woher kann man wissen, daß Gott, der dem Menschen ja immerhin die *Möglichkeit* zur Tötung gegeben hat, beispielsweise nicht die Todesstrafe, wohl aber die Euthanasie unter allen Umständen mißbilligt?“¹¹⁶ Die Kirche anerkennt die Todesstrafe. Hoerster lehnt jedenfalls die Lehre von der Unantastbarkeit des menschlichen Lebens als Begründung gegen die Legalisierung der Sterbehilfe in einem modernen säkularisierten Staat ab.

Verstößt nun diese Tötung trotz einer gültigen Einwilligung gegen das Tötungsverbot, bzw. gegen das Recht auf Leben?

Die Einwilligung des Betroffenen stellt einen Rechtfertigungsgrund dar, der die Rechtswidrigkeit der betreffenden Normverletzung wieder aufhebt. Ein Sportler willigt, wenn er einen Sport ausübt, grundsätzlich in jene Verletzungen ein, die üblicherweise mit der Ausübung dieses Sportes verbunden sind, außer es kann einer dritten Person ein schuldhaftes Verhalten zugerechnet werden (Einwilligung in die Verletzung).

Hoerster argumentiert nun in dem Sinne, dass, wenn eine gültige Einwilligung vorliegt, diese Tötung kein Verstoß gegen das von der Rechtsordnung geschützte Recht auf Leben ist, wobei er auch noch die Unterscheidung zwischen der ausdrücklichen und

¹¹⁴ Ebd., 87, 89.

¹¹⁵ Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 19–20.

¹¹⁶ Ebd., 20.

mutmaßlichen Einwilligung im Bereich des Lebensschutzes bei der aktiven Sterbehilfe thematisiert. Denn seiner Meinung nach - und das kritisiert er seitens der Gerichte - dass diese, anders als bei anderen Schutzbereichen, höhere Anforderungen an eine mutmaßliche Einwilligung stellen. Andere meinen dazu, dass diese Anforderungen noch zu gering sind. Als Befürworter der aktiven Sterbehilfe versteht Hoerster nicht, warum die mutmaßliche Einwilligung im Bezug auf Leben strenger Anforderungen genügen muss als der Eingriff in andere individuelle Rechte, wo eine mutmaßliche Einwilligung ausreicht, um diesen Eingriff als nicht rechtswidrig beurteilen zu können. Die Gegner der Legalisierung lehnen die direkte Sterbehilfe generell ab, ohne jetzt zu unterscheiden, ob nun eine ausdrückliche oder nur mutmaßliche Einwilligung vorliegt und unterschiedliche Anforderungen an diese gestellt werden müssen oder nicht.

Allerdings, obwohl er diese unterschiedliche Behandlung kritisiert, gibt er doch zu, dass bei der aktiven Sterbehilfe die mutmaßliche Einwilligung mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit bewiesen werden muss. Nur dann ist aktive Sterbehilfe zulässig. Gelingt dieser Beweis nicht, gilt der Grundsatz: Im Zweifel für das Leben. Er wendet diese Argumentation auch auf jene Fälle an, wo es um Patienten geht, die nie fähig waren, in wirksamer Form eine aktive Sterbehilfe zu wünschen. Er bringt Beispiele wie schwerstbehinderte und schwer geisteskrankte Patienten und auch [...] „das eines schwerstgeschädigten Neugeborenen oder Kleinkindes, das ebenfalls nur noch Leid und Schmerzen bis zu seinem natürlichen Ende vor sich hat“.¹¹⁷ Diese Aussage rückt ihn offensichtlich in die Nähe von Singer, der auf die Leidensfähigkeit und Zukunftsperspektive abstellt und ebenfalls meint, dass, wenn nicht andere Interessen, beispielsweise der Eltern, vorliegen, auch Säuglinge und Kleinkinder getötet werden dürfen.

Jetzt macht er aber doch einen Schwenk und stellt nun die Frage, ob es nicht andere Gründe, wie weltanschaulich neutrale, auf empirischen Voraussetzungen beruhende Argumente geben kann, die diese Tötung, die ja für ihn kein moralisches Problem darstellt, doch ethisch verwerflich machen können und sie damit weiterhin strafrechtlich zu verbieten sei. Er verweist in der Folge auf die Sonderstellung des individuellen Gut „Leben“ gegenüber anderen individuellen Gütern, das, obwohl man darüber verfügen

¹¹⁷ Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 97.

kann, doch einige Besonderheiten ausweist: Das Leben ist erstens ein besonders wichtiges zentrales Gut, dessen Besitz Voraussetzung des Genusses aller anderen individuellen Güter, wie Gesundheit, Lebensfreude oder Eigentum ist. Das Leben ist zweitens ein Gut, dessen Verlust absolut irreversibel ist. Man kann sich beispielsweise ein zweites neues Auto, nicht aber ein zweites neues Leben beschaffen. Das Individuum muss also grundsätzlich durch die Rechtsordnung vor der Preisgabe des eigenen Lebens geschützt werden. Auch er bringt die bekannten Beispiele, wie beispielsweise die vorübergehende Lebensmüdigkeit oder den Suizidwunsch aus Liebeskummer. Die meisten Menschen, die einen Tod wollen, leiden zu diesem Zeitpunkt an einer vorübergehenden Depression, wobei sich die Frage stellt, ob dieser Mensch momentan überhaupt eine rationale Urteilsfähigkeit besitzt. Dieser Selbstmord aus Liebeskummer wird in der Literatur ebenfalls unterschiedlich bewertet, weil er oft dem Bilanzselbstmord gegenübergestellt wird, der von manchen als Grund für eine Sterbehilfe positiv gesehen wird.

Hoerster meint nun - und hier widerspricht er sich selbst - wenn er in diesen Fällen einerseits die Rationalität in Frage stellt, andererseits aber betont, dass sich die meisten Menschen diese kurzfristige Präferenz, sofern sie urteilsfähig und aufgeklärt sind, bei ihrer Entscheidung um Leben und Tod nicht zu eigen machen. Er verweist bei dieser Behauptung auf die Tatsache, dass eine Tötung einzigartig, gravierend und absolut irreversibel ist und die langfristigen Gesichtspunkte bei dieser Entscheidung berücksichtigt werden würden. Andere wiederum argumentieren genau umgekehrt und betonen, dass es den Menschen in dieser Situation vollkommen egal ist, dass in einigen Monaten die Depression wieder verschwindet. Er kritisiert auch Tugendhat, „[...] wenn er – mit der Begründung „wir sind alle mehr oder weniger irrational“ – für jeden ein Recht auf Selbsttötung postuliert, der nicht „unzurechnungsfähig“ ist.“¹¹⁸ „Tugendhat geht in der Tat so weit, diesem Recht auf Selbsttötung eine allgemeine Pflicht zur Beihilfe zur Selbsttötung folgen zu lassen.“¹¹⁹

Hoerster stimmt daher der strikten Regelung zu, dass die Rechtsordnung die Tötung auf Verlangen generell verbietet. Hier widerspricht er sich ebenfalls, weil er auf der einen

¹¹⁸ Ernst Tugendhat, „Das Euthanasieproblem in philosophischer Sicht“, in: *Logos, Zeitschrift für systematische Philosophie*, Heft 2, 1994, 129 f.

¹¹⁹ Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 34.

Seite meint, dass die Rechtsordnung solche Personen zu schützen habe und andererseits, dass sie selbst in ihrer Entscheidung die langfristigen Gesichtspunkte berücksichtigen. Tun sie es oder tun sie es nicht? Aus der Erfahrung heraus wäre eher zu sagen, dass sie diese Zukunftsperspektive in diesem Moment nicht bedenken und auch rational die Situation nicht einschätzen können und daher zu schützen sind. Viele Psychologen behaupten allerdings, dass ein Selbstmord ein Hilfeschrei nach Außen und der Tod selbst bei vielen nicht das eigentliche Ziel sei.

Im Zusammenhang mit der Sterbehilfe argumentiert er jedoch, dass hier eine andere Situation als beim Selbstmord aus Liebeskummer gegeben sei, denn es handle sich um einen Menschen, der sich in einem schweren irreversiblen Leidenszustand befinde. Auf die Begriffe „schwerer und irreversibler Leidenszustand“ wird noch näher eingegangen, weil damit bei ihm auch Behinderte, Depressive und komatöse Patienten gemeint sind, die von der Sterbehilfe Gebrauch machen können. Es geht hier also nicht nur um sterbenskranke Menschen wie bei Birnbacher. Er geht davon aus, dass bei dieser Personengruppe eine große Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Sterbewunsch des Betroffenen keineswegs nur einer vorübergehenden Laune oder Depression entspringt, sondern durchaus dem wahren Interesse dieses Menschen entspricht. Warum diese Unterscheidung?

Er betont ausdrücklich, dass es solche nicht behebbare Leidenszustände gibt, die einem Patienten selbst den Sinn an einem Weiterleben nehmen und man darf sich dieser Realität nicht widersetzen. Auch die Palliativbewegung sei kein Allheilmittel. Er wehrt sich gegen den Vorwurf als Anhänger der Nazi-Ideologie vom "lebensunwerten Leben" hingestellt zu werden, nur weil er diese Realität aufzeige.

In solchen Fällen entspricht es seiner Meinung nach keineswegs dem Interesse des Individuums, vor einer Preisgabe seines Lebens, auch gegen seinen Wunsch, durch die Rechtsordnung geschützt zu werden. Im Gegenteil, ein Individuum, das in einer derartigen Situation aus leicht nachvollziehbaren Gründen selbst seinen Tod wünscht, kann eine rechtliche Regelung, die es unter Strafe stellt, ihm zu helfen, nur als grobe Missachtung seiner Interessen betrachten.

Eine solche Regelung muß offenbar für eine zulässige Tötung Bedingungen für die Wirksamkeit einer Einwilligung enthalten, die so weit wie möglich sicherstellen, daß Einwilligungen, die tatsächlich unwirksam sind, auch in der Realität nicht zu Tötungen führen.¹²⁰

Wie erwähnt, können bei einer solchen Regelung aber nur Standardfälle umfasst werden. Es wird immer wieder Einzelfälle geben, die nicht unter eine allgemeine Regel subsumiert werden können.

Er formuliert in der Folge drei Bedingungen, unter denen die aktive Sterbehilfe, also eine Fremdtötung rechtlich erlaubt werden sollte:¹²¹

1. Der Betroffene ist einem schweren, unheilbaren Leiden ausgesetzt.

Durch diese Bedingung soll sichergestellt werden, dass der Wunsch nach Sterbehilfe nicht irrational ist und/oder nur aus einer kurzfristigen Laune resultiert. Denn ein schweres, unheilbares Leiden ist für ihn ein Indiz dafür, dass es nicht ausgeschlossen ist, dass der Betroffene sein gesamtes weiteres Leben nicht mehr als lohnend oder sinnvoll erfahren kann. Man kann dann davon ausgehen, dass der erklärte Wille mit den Interessen des Betroffenen übereinstimmt.

2. Der Betroffene selbst wünscht aufgrund reiflicher, in einem urteilsfähigen und aufgeklärten Zustand durchgeführten Überlegung freiwillige aktive Sterbehilfe.

Diese Bedingung soll sicherstellen, dass nur eine freiwillige, informierte und über einen längeren Zeitraum bestandskräftige Entscheidung des Betroffenen zu einer Sterbehilfe führt. Es geht also um die Wirksamkeit der betreffenden Einwilligung. „Die Einwilligung muss einer autonomen und in einem umfassenden Sinn rational vermittelten Entscheidung entspringen.“¹²² Selbst einem schwer und unheilbar Leidenden darf Sterbehilfe unter keinen Umständen von außen aufgezwungen werden. An die Stelle der bloßen Einwilligung tritt die Bedingung des Wunsches.

3. Die Sterbehilfe wird von einem Arzt oder mit Ermächtigung eines Arztes durchgeführt.

Er meint damit, dass nur ein Arzt normalerweise kompetent ist, das Vorliegen der ersten beiden Voraussetzungen zu beurteilen und außerdem für die erbetene Sterbehilfe die

¹²⁰ Ebd., 37.

¹²¹ Vgl. ebd., 37–38.

¹²² Ebd., 38.

dem Wunsch des Patienten genau entsprechende, wirksame Form zu finden. Er schreibt noch an anderer Stelle, dass noch ein zweiter unabhängiger Arzt herangezogen werden muss.

Wenn man der aktiven Sterbehilfe zustimmt, sind diese Bedingungen an sich nicht problematisch, weil es ähnliche Regelungen ja auch in der Schweiz und in den Niederlanden gibt, die aber leider dort nicht entsprechend eingehalten werden. Er gibt ja auch andererseits immer zu, dass die Missbrauchsfahr und die Irrtümer weder durch ein Verbot noch durch eine Legalisierung der Sterbehilfe vermieden werden können. Nur meint er eben, dass bei einer klaren Regelung der Voraussetzungen der aktiven Sterbehilfe die Missbrauchsfälle sich eher reduzieren würden als bei einem generellen Verbot. Er stellt den Missbrauchsfällen und Irrtümern gegenüber, dass in den meisten Fällen etwas Anderes wichtiger bzw. schwerwiegender ist, nämlich „[...] das gewaltige physische und psychische Leiden zahlreicher Menschen, die aus unschwer nachvollziehbaren Gründen ihrem weiteren Leben keinen Sinn mehr abgewinnen können?“¹²³

Er geht ebenfalls auf die sehr umstrittene Differenzierung zwischen direkter und indirekter aktiver Sterbehilfe ein. Ihm ist zuzustimmen, wenn er meint, dass auch die indirekte Sterbehilfe eine aktive und aus juristischen Sicht eine vorsätzliche Tötung ist. Diese unterschiedliche Bewertung ist eine Inkonsequenz und eine Systemwidrigkeit im Rahmen des Strafrechtes. Denn auch wenn der Arzt den Tod nur in Kauf nimmt, ist er als Täter für den Erfolg verantwortlich. Es handelt sich somit um eine direkte aktive Sterbehilfe. Für die Legitimierung wird der nahe bevorstehende Tod des Betroffenen herangezogen, der ohnehin bald eingetreten wäre, auch wenn man ihm dieses Medikament nicht gegeben hätte. Für Hoerster selbst spielt ja diese Unterscheidung keine Rolle, weil er für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe argumentiert, jetzt unabhängig davon, ob sie direkt oder indirekt ist. Interessant ist diese unterschiedliche Bewertung allerdings für die Gegner der Legalisierung.

¹²³ Ebd., 41.

Wie lässt sich nun diese unterschiedliche Regelung in der Rechtsordnung begründen?

Wie erwähnt, sind die Voraussetzungen für die indirekte Sterbehilfe unerträgliche Schmerzen des Patienten und die Inkaufnahme des vorzeitigen Todeseintritts bei der Linderung dieser Schmerzen. Hier wird somit die Schmerzlinderung höher gewichtet als die nur unwesentliche Verkürzung des Lebens, vor allem auch dann, wenn eine gültige Einwilligung vorliegt.

Diese Argumentation ist noch nachvollziehbar, aber nun weitet Hoerster sie auch auf schwer und unheilbar leidende Menschen aus, die in der Zukunft keinen Sinn mehr sehen, unabhängig von der Dauer dieses zukünftigen Lebens. Er betont wiederum, dass es „[...] eine grobe Verkürzung dieser Problemlage sei, sie alleine im Fall unerträglicher *körperlicher* Leiden oder Schmerzen für gegeben zu erachten“. ¹²⁴ Aufgrund dieser Erweiterung ist seiner Meinung nach diese unterschiedliche Bewertung unbegründet. Er sieht die ganze Problematik der Ablehnung darin begründet, dass sie auf ein gezieltes Töten abzielt, das von vielen als verwerflich angesehen wird. Wobei er dann noch hinzufügt, dass es den Betroffenen um das Ergebnis der Handlung und nicht um die Intention, die dahinter steht, geht.

Auch Hoerster bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die „Lehre von der Doppelwirkung“, eine Lehre, die von der katholischen Moraltheologie entwickelt wurde, „wonach für die ethische Beurteilung einer Handlung die *Intention* des Handelnden von entscheidender Bedeutung ist“. ¹²⁵ Diese gibt es aber in der Rechtsordnung nicht, und nach seiner Ansicht ist sie auch ethisch nicht vertretbar. Er schreibt dazu: „Es gibt darüber hinaus vom Standpunkt einer säkularen, interessenorientierten Ethik aus auch keinen Grund, diese Lehre mit ihrer Fixierung auf die *Intention des Handelnden* einem Vorschlag zur rechtlichen Regelung der Sterbehilfe zugrunde zu legen.“ ¹²⁶ Jedoch sprechen andere, wie auch beispielsweise Eser ¹²⁷ wieder davon, dass diese Lehre sehr wohl in der Ethik anerkannt ist.

¹²⁴ Ebd., 46.

¹²⁵ Ebd., 49.

¹²⁶ Ebd., 50.

¹²⁷ Albin Eser, „Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen“, in: *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, hg. von Walter Jens, Hans Küng, Stuttgart, Zürich 1995.

Im Ergebnis ist somit auch die indirekte Sterbehilfe Tötung, nämlich eine bewusste Herbeiführung des Todes. Dass der Tod bei dem betreffenden Patienten ohnehin später eingetreten wäre, ändert daran nichts. Er begründet somit die Legitimität der indirekten Sterbehilfe damit, dass hier dem Wunsch eines schwer leidenden Menschen nach Hilfe entsprochen wird und weitet dieses Argument auch auf die direkte aktive Sterbehilfe aus.

Er geht nun näher auf die möglichen Missbrauchs- und Dammbruchsgefahren bei der Zulassung einer aktiven Sterbehilfe ein und betont ebenfalls, dass sich die Missbrauchs- und Dammbruchsgefahren sowohl für die indirekte als auch für die direkte Sterbehilfe nicht grundsätzlich ausschließen lassen. Er verweist auf den Nationalsozialismus und lehnt ausdrücklich den Bezug auf diese Praxis ab.

Eine humane Sterbehilfe, die an der Selbstbestimmung und an den Interessen der Betroffenen selbst orientiert ist, hat mit einer „Euthanasie“, die der Vernichtung „sozial Minderwertiger und Nutzloser“ dient, nichts zu tun. Zwar birgt jede Zulassung von Sterbehilfe auch gewisse Missbrauchsgefahren; doch diese müssen zum einen realistisch eingeschätzt und zum anderen gegen die positiven Seiten einer solchen Zulassung abgewogen werden.¹²⁸

Hier argumentiert er ausdrücklich gegen Spaemann und seinem Horrorszenario. Er wehrt sich ausdrücklich gegen dieses Argument, dass eine Legalisierung der erste Schritt zu einer erneuten Euthanasiepraxis wie die der Nazis wäre. Auch bei ihm findet sich das Argument, dass diese Euthanasieaktion im Nationalsozialismus nur in einem totalitären Staat möglich ist. Dieser hatte die individuellen Freiheitsrechte außer Kraft gesetzt. Hier aber geht es um eine Regelung der Sterbehilfe, die auf demokratischen Wegen zustande kommen soll. Tatsache ist aber, dass die Problematik der NS-Zeit ein fundamentales Argument bei den Diskussionen im Zusammenhang mit der Sterbehilfe darstellt, über das man sich nicht einfach hinwegsetzen kann, wie er es tut. Sie gehört zu unserer Geschichte und fast alle Autoren im deutschsprachigen Raum nehmen auf diese Geschehnisse Bezug, unabhängig davon, wie sie diese Praxis für und gegen die aktive Sterbehilfe verwenden.

¹²⁸ Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 10.

Dann geht er auch auf den Film „Ich klage an“ ein und schreibt:

[...] was immer die Nationalsozialisten sich von ihr erhofften – jedenfalls als völlig ungeeignet zu den Zweck erwiesen, die nationalsozialistische Euthanasieaktion in der Gesellschaft hoffähig zu machen: Diese Aktion hat in der breiten Bevölkerung auch während des Dritten Reiches niemals Akzeptanz gefunden – was den für sie Verantwortlichen auch durchaus bewusst war.¹²⁹

Diese Aussage ist heftig umstritten, ob nun diese Praktiken in der breiten Bevölkerung Zustimmung gefunden haben oder nicht. Bei dieser Thematik geht es aber jetzt nicht um mögliche Intentionen, die hinter der NS-Praxis standen, sondern um die Problematik der Ausdehnung der einzelnen Kategorien bei einer eventuellen Legalisierung in der heutigen Zeit und unter den heutigen Bedingungen.

Im Zusammenhang mit der möglichen Missbrauchsfahr und eventuellen Irrtümern, die sich aufgrund einer bewusst missbräuchlichen oder fahrlässigen Anwendung der Sterbehilfekriterien ergeben können, deren Möglichkeit er ja auch nicht bestreitet, stellt er nun die Frage, ob die Nachteile die Vorteilen überwiegen, die sich aus einer Legalisierung der Sterbehilfe ergeben können.

Es ist unstrittig, dass solche Gefahren überall dort auftreten, wo es Ausnahmeregelungen zu grundsätzlichen Verbotsnormen gibt. Diese Missbräuche aufzufangen, ist Aufgabe der Rechtssprechung und das gilt vor allem dort, wo das generelle Tötungsverbot außer Kraft gesetzt wird. Weiters ist relativ unstrittig, dass dieses Tötungsverbot nicht absolut gilt, sondern gewisse Ausnahmen zulässt, wie eben im Fall von Notwehr, wo es auch zur Notwehrüberschreitung kommen kann, im Fall von Krieg, wo es Prozesse für Kriegsverbrechen gibt und im Fall der Todesstrafe, wo ja allgemein bekannt ist, dass es immer wieder Fälle gibt, wo jemand getötet wurde und sich im Nachhinein herausgestellt hat, dass dieser unschuldig war. Allerdings ist ebenfalls unstrittig, dass bei diesen Ausnahmeregelungen die Vorteile gegenüber den oben genannten Nachteilen überwiegen.

Er stellt nun in diesem Zusammenhang die sehr provokante und unnötige Frage, ob wir diese Ausnahmeregelungen generell abschaffen sollten, nur weil damit Missbrauchsgefahren verbunden sein können. Es geht hier aber nicht um die Frage, ob

¹²⁹ Ebd., 127.

Ausnahmen generell zulässig sind oder nicht, sondern es geht um die Diskussion, ob eine weitere Ausnahme zum Tötungsverbot durch die Legalisierung der Sterbehilfe zuzulassen ist oder nicht. Es ist die Aufgabe der Rechtsordnung eventuelle Missbrauchsfälle zu verfolgen und zu bestrafen. Weiters zieht Hoerster aus seiner Argumentation den nicht nachvollziehbaren Schluss, dass bei einer konkreten, exakt formulierten Ausnahmeregelung jeder, der irgendeine Tötung in Betracht zieht, es sich vorher dreimal überlegen würde, ob die Voraussetzungen einer legitimen Tötung wirklich erfüllt sind. Aber das entspricht gerade nicht die Realität, sonst würde es ja keine Missbrauchsfälle geben, die immer wieder die Gerichte beschäftigen und auch nicht die extreme Grauzone, die von Ärzten sowohl in Österreich und Deutschland bestätigt wird. Sie kann durch eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nicht reduziert werden, weil die Grenzziehung zwischen den einzelnen Kategorien immer ein problematisches Thema sein wird, unabhängig davon, wie genau sie geregelt werden. Er schreibt zur Grauzone Folgendes: Durch diese Legalisierung, - also einer eng umgrenzten Erlaubnisnorm der aktiven Sterbehilfe - die in ihrer Begründung rational nachvollziehbar ist, würde es zu einer Reduzierung dieser Grauzone kommen. Auf der anderen Seite zieht er jedoch das Resümee, dem zuzustimmen ist, dass in der sozialen Realität der Damm des unbedingten Lebensschutzes in Bereich der Sterbehilfe längst gebrochen ist. Im Zusammenhang mit der Praxis und den daraus resultierenden Erfahrungen aufgrund von Untersuchungen in den Niederlanden schreibt er:

[...] lassen sich in Wahrheit jedoch *keinerlei* zuverlässige Schlüsse auf die tatsächlichen Folgen der Liberalisierung in den Niederlanden ziehen [...] daß es keine vergleichbaren Studien über die Zeit *vor* der Liberalisierung gibt. Wir können deshalb insbesondere gar nicht wissen, ob die Summe der tatsächlich dokumentierten negativen Erfahrungen *nach* der Liberalisierung – etwa in Form von Mitleidstötungen ohne Ermächtigung seitens der Betroffenen – auch wirklich eine *Folge* der Liberalisierung ist; [...].¹³⁰

Er stellt somit alle Untersuchungsergebnisse von namhaften Vertretern aus der Ethik, Soziologie, Ärzteschaft und öffentlicher Organisationen in Frage, weil auch Untersuchungen vor der Legalisierung durchgeführt wurden. Weiters widerspricht er sich hier selbst, denn auf der einen Seite gibt er zu, dass in den Niederlanden trotz der Legalisierung eine große Grauzone herrscht, auf der anderen Seite will er aber gerade durch die Legalisierung diese Grauzone reduzieren.

¹³⁰ Ebd., 131.

Ein weiteres Argument, auf das er eingeht, das vor allem von den Vertretern der Palliativmedizin vorgebracht wird und das sehr weit verbreitet ist, ist jenes, dass eine Legalisierung der Sterbehilfe überhaupt nicht notwendig sei, weil die Kranken bei einer adäquaten Therapie und Betreuung kaum den Wunsch nach Sterbehilfe äußern würden. Es lässt sich daraus folgende Frage ableiten: Ist dieses Argument auf alle Betroffenen anzuwenden, oder gibt es Ausnahmen?

Der südafrikanische Herzchirurg Christiaan Barnard schreibt dazu:

Ich habe nur aus einem einzigen Grund niemals aktive Euthanasie betrieben, weil sie nämlich gesetzlich verboten ist. Aber ich habe oft genug am Bett eines Sterbenden erkannt, wie nötig es wäre, manchem Patienten diese Hilfe zu gewähren. Wer behauptet, daß sich die Schmerzen eines Sterbenden immer lindern lassen, kennt entweder die Praxis nicht, oder es fehlt ihm einfach an Mitgefühl.¹³¹

Aber zu beachten ist, dass Autoren wie Barnard fast immer von Sterbenskranken sprechen, während Hoerster und andere die Legalisierung für alle schwer- und unheilbar kranken Menschen fordern. Bei ihm geht es nicht nur um Krebspatienten, sondern generell um die Leidbekämpfung auch bei nicht sterbenden Patienten.

Wir finden dann auch die viel diskutierten Argumente, wie Druck auf Schwerkranke in Richtung Sterbehilfe von seitens der Angehörigen zwecks Beendigung vielfältiger Belastungen, weiters Druck auf Schwerkranke von Seiten des Gesundheitssystems zwecks Kostenersparnis. Aber auch der entstehende innere Druck den Angehörigen nicht zur Last zu fallen ist hier zu erwähnen. Hoerster entschärft jedoch diese Problematik mit dem Argument, dass es für diese Themenbereiche ebenfalls keine empirischen Daten gebe, und somit diese Nachteile nicht die Vorteile aufheben.

Der psychische Druck liegt nach Hoerster ganz woanders: „[...] die Angst vor einem bevorstehenden Zustand des Leidens und der negativen Lebensqualität, der gleichzeitig ein Zustand der Hilflosigkeit und einer darauf beruhenden Unfähigkeit ist, seinem Leben selbst ein Ende zu machen“. ¹³² Er bezieht sich hier auch auf die hohen Selbsttötungsraten bei alten Menschen, bevor dieser Zustand eintritt. Im Zusammenhang mit dem Druck seitens des Gesundheitssystems um Kosten einzusparen,

¹³¹ Christiaan Barnard, *Glückliches Leben – Würdiger Tod*, München 1983, 113.

¹³² Hoerster, *Sterbehilfe im säkularen Staat*, 146.

meint er lapidar, dies sei ein Fehlschluss. Auf diese Thematik und darauf, wie er diesen Fehlschluss argumentiert, kann hier nicht näher eingegangen werden.

Im Zusammenhang mit den oben genannten Argumenten zieht Hoerster allerdings den richtigen Schluss, dass diese Punkte ebenfalls auch für die passive Sterbehilfe und indirekte aktive Sterbehilfe gelten müssten, da dort die gleiche Problematik vorliege und somit jeder Gegner der aktiven Sterbehilfe auch Gegner der anderen Sterbepformen sein müsste, was aber kaum von den Gegnern thematisiert würde. Dieser Widerspruch in der unterschiedlichen Behandlung wurde bereits aufgezeigt, weil viele Gegner auch die Legalität der anderen Sterbehilfeformen in Frage stellen.

Hoerster zeigt nun anhand einiger prominenter Sterbehilfegegner den Einfluss des weltanschaulich-religiösen Dogmas eines absoluten Verbots aktiver Sterbehilfe in der Argumentation auf:

Der Philosoph Robert Spaemann, der den „Sinn des Leidens“ darin erblickt, „die Flucht des Leidenden zu Gott zu bewirken, indem ihm alle anderen Befriedigungsmöglichkeiten genommen worden sind“, [...] besteht auf einem – schlechthin jeden Bürger bindenden – strafrechtlichen Verbot.¹³³

Wissenschaftler aber wie Peter Singer und ich, die in diesem Punkt anderer Meinung sind, vertreten für Spaemann eine „grausame Logik des Hedonismus“ und folgen dem Motto „Wenn das Leiden nicht verschwindet, muß (!) der Leidende sterben“. Spaemann befürwortet es deshalb, daß solche Vertreter „mörderischer Thesen“ bei uns „am öffentlichen Reden gehindert“ werden.¹³⁴

Der Psychiater Klaus Dörner erklärt es im Kampf gegen die Sterbehilfe für seine Aufgabe, dem Lebensschutz „zu seiner absoluten Gültigkeit zu verhelfen“. Er verdankt diese seine Position zum einen „der christlichen Begründung, daß alle Menschen als Kinder Gottes gleichen Wert haben“ und zum anderen dem tiefsinnigen Satz „Das Leben gehört mir, aber ich gehöre auch dem Leben“. Wer in der Frage der Sterbehilfe einer Liberalisierung das Wort redet, denkt, so Dörner, in Wahrheit nach über die Eliminierung der „industriell Unbrauchbaren“ und verfolgt den Glauben „an die Machbarkeit einer Gesellschaft aus nur noch guten, sozialen, gesunden und glücklichen Menschen. [...] Anstelle einer solchen „Entscheidungsethik“ mit ihren Gefahren für eine „Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ fordert Dörner eine „Beziehungsethik“, wie sie nach seiner Überzeugung am radikalsten von Levinas, aber auch von „Buber, Jonas, Habermas, Apel, Wendt, Achenbach und wohl auch Sartre“ vertreten wird.¹³⁵

¹³³ Ebd., 154.

¹³⁴ Ebd.

¹³⁵ Ebd., 155-156.

Dörner kritisiere in diesem Zusammenhang, dass sich die Medizinethik zu einer Entscheidungsethik entwickeln würde. Er differenziere nicht zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe und lehne beide ab. Auf Dörner als Gegner der Sterbehilfe wird in der Literatur oft Bezug genommen. Auf seine Argumente kann aber leider im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

Die Kernthese von Dörner lautet laut Hoerster:

Sterbehilfe, ob aktiv oder passiv, dient vor allem einem Ziel, der Vernichtung industriell unbrauchbarer Bevölkerungsgruppen „auf dem Weg zur Ein-Drittelgesellschaft“. Es hängt alles nur davon ab, ob die „Konjunkturlage ... gerade mal wieder“ so ist, „daß sozialer Ballast und unnütze Esser beseitigt werden sollen“.¹³⁶

Dörner argumentiert genauso wie Spaemann sehr drastisch, aber im Grunde haben beide Recht. Hoerster weist jedoch die Argumente von Spaemann und Dörner aufs schärfste zurück und meint, dass diese Szenarien weit von einer nüchternen Einschätzung der Realität entfernt sind.

Des Weiteren ließe sich sehr viel zu den oben genannten Zitaten sagen, weil die Ansichten der Autoren sehr einseitig dargestellt werden. Aber anhand dieser prägnanten Sätze lässt sich sehr leicht zeigen, wie radikal und einseitig sich Gegner und Befürworter gerade bei dieser Thematik gegenüber stehen. Es erscheint eigentlich sinnlos, wie Befürworter und Gegner zu glauben, dass in naher Zukunft eine Diskussionsbasis gefunden werden kann, wo wirklich sachlich die Vor- und Nachteile dieser Thematik gegenüber gestellt und argumentiert werden können.

Abschließend ist noch einmal kurz auf die Voraussetzungen für eine Legalisierung der Sterbehilfe einzugehen, auf das Vorliegen eines schweren und unheilbaren Leidens und dem daraus resultierenden Wunsch nach dem Tod, der nach seiner Ansicht sehr wahrscheinlich dem wirklichen Interesse des Betroffenen entspricht, mit dem Hoerster die Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe zu rechtfertigen versucht. Er hat bewusst den Begriff „Leiden“ sehr offen interpretiert, sodass sowohl physische als auch psychische Leiden, Krankheiten und Behinderungen jedweder Art darunter subsumiert werden können. Für ihn steht das persönliche Interesse des Einzelnen im Vordergrund.

¹³⁶ Ebd., 158.

Der entscheidende Punkt ist hier die seelische Verfassung, der Leidenszustand. Er sieht den Vorteil seiner Interpretation, also die Betonung eines schweren Leidens, darin, dass dieser Begriff objektivierbarer ist als beispielsweise die Begriffe „unerträgliches Leiden“, oder „unerträgliche Schmerzen“, die nur nach subjektiven Kriterien zu bestimmen sind. Die Problematik der Abgrenzung zu anderen Leidenszuständen und Krankheiten ist natürlich immer gegeben. Das spricht aber nicht gegen die Sterbehilfe, weil eine absolut sichere Prognose bei Krankheiten oder Leidenszuständen, selbst für den Fachmann, in den meisten Fällen gar nicht möglich ist. Wir müssen uns, seiner Meinung nach, bei der Prognose mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit zufrieden geben. Über die leichtere Objektivierbarkeit des Begriffes „schwer“ und „Leid“ und „hohe Wahrscheinlichkeit“ lässt sich auch das Gegenteil behaupten. Diese Wörter sind ebenfalls interpretationsoffen.

Für mich ist aufgrund dieses Inhaltes die Forderung, die er an seine Gegner stellt, sehr provokativ, denn er meint so lapidar, es sei nun endlich an der Zeit, dass die Problematik der Sterbehilfe in unserer Gesellschaft nicht länger unter dem Vorwand der Nazi-Euthanasie tabuisiert wird, sondern mit dem Ziel einer ausdrücklichen rechtlichen Regelung, die am Prinzip der Selbstbestimmung orientiert ist, offen und vorurteilslos diskutiert wird.

Hier wurden nur einige spezielle Argumente angesprochen, die sehr prägnant die Differenzen zwischen Gegnern und Befürwortern aufzeigen. Es wurde auch versucht, einige Widersprüche darzustellen, die bei Hoerster vorhanden sind. Er nimmt bei der Rechtfertigung seiner Position eine sehr extreme Stellung ein, weil er die Legalisierung der Sterbehilfe ausschließlich mit dem Argument des Leidens und der Interessen des Einzelnen rechtfertigt und die Kategorien auf psychisch Kranke und Behinderte ausdehnen will. Weiters zeigt sich bei Hoerster ein Grundproblem in der Form, dass er viele empirischen Tatsachen zwar aufzeigt, sie auch bejaht und hinterfragt, aber sie dann, um seine Argumente zu unterstützen, uminterpretiert, um dadurch seinen Lösungsansatz als nicht so negativ darzustellen, bzw. argumentiert, dass die durchaus begründeten Nachteile nicht die Vorteile der Sterbehilfe überwiegen. Er stellt sie somit hinter die Interessen des Einzelnen.

12.3. Dieter Birnbacher - als Befürworter der Liberalisierung

Ich beziehe mich bei dieser Darstellung auf die Aufsätze „*Sterbehilfe – eine philosophische Sicht*“, „*Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe*“ und sein Buch „*Tun und Unterlassen*“, wobei sich die Inhalte teilweise überschneiden.

Birnbacher geht nun einen anderen Weg als die vorgenannten Autoren. Er lehnt die Sterbehilfe in allen ihren Formen ab, gesteht aber zu, dass Krebskranke im letzten Stadium ihres Lebens, wenn alle anderen Möglichkeiten seitens der Medizin und Palliativmedizin ausgeschöpft sind, die Möglichkeit haben sollten aktive Sterbehilfe zu erhalten, wobei er aber der Legalisierung der Beihilfe zum Suizid den Vorrang einräumt, weil die Tatherrschaft doch noch in einer gewissen Form beim Patienten verbleibt.

Er lehnt ebenfalls die ethisch und rechtlich unterschiedliche Wertung von aktiver und passiver Sterbehilfe ab. Für ihn lässt sich auch die moralische Ungleichbehandlung von direkter und indirekter Sterbehilfe nicht darauf zurückführen, dass der Tod einmal beabsichtigt (direkt), das andere Mal nicht beabsichtigt (indirekt, also nur die bloße Inkaufnahme) ist, denn der Tod ist in beiden Fällen beabsichtigt.

Zunächst geht er auf die derzeitige Situation Sterbender in unserer Gesellschaft ein und meint wie auch andere, dass ca. 75% der Menschen nicht mehr zu Hause sterben und ein immer wachsender Anteil von Sterbenden keine Angehörigen mehr hat. Des weiteren kritisiert er, dass die Hospizdienste und Palliativstationen nicht flächendeckend angeboten werden und dass bei einem Teil von Krebspatienten - hier liegt die Rate bei ca. 5 % - die Schmerzbehandlung nicht greift. Auch er bezieht sich auf einige Gründe, die den Sterbewunsch auslösen können, beispielsweise physische Belastungen wie Atemnot, Übelkeit und Unruhe und psychische Belastungen, wie den Autonomieverlust, anderen zur Last zu fallen und den Würdeverlust.

Er spricht auch die Unfähigkeit vieler Ärzte an sich selbst mit dem Tod auseinander zu setzen und über den Tod relativ neutral mit dem Patienten sprechen zu können, des weiteren das noch immer weit verbreitete Selbstverständnis der Ärzte sich als Heiler und nicht als Helfer auch bei einer Tötung zu sehen. Er bezieht sich ebenfalls auf die Thematik des Therapieabbruchs, der für viele Ärzte nach wie vor ein Problem darstellt, denn psychologisch gesehen ist es einfacher eine Behandlung nicht zu beginnen, als eine bereits begonnene Behandlung abubrechen. Sowohl der Behandlungsbeginn als

auch der Behandlungsabbruch einer lebensverlängernden Maßnahme ist durch den Willen des Patienten gedeckt, sodass hier keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten sind. Auf die Thematik der Beihilfe zum Suizid kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden, obwohl er die Beihilfe zum Suizid für jene Fälle als rechtlich legitim ansieht, in denen der Sterbende nicht mehr in der Lage sein sollte, selbst den Suizid durchzuführen. Dann sollte ihm ein Arzt zur Verfügung stehen. Er bevorzugt diese Lösung vor einer eventuellen Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, weil diese bei der Legalisierung der Beihilfe zum Suizid nicht mehr notwendig wäre. In der Folge geht er auf die problematische Polarisierung und die unterschiedliche moralische und rechtliche Bewertung in „passive Sterbehilfe – aktive Sterbehilfe“ und die heute auch immer mehr zum Thema gemachte Unterscheidung „Sterbehilfe – Palliativmedizin“ ein. Er kritisiert auch die unterschiedliche moralische und rechtliche Bewertung der passiven Sterbehilfe, weil diese Art, wie mehrfach erwähnt, aktive Handlungen seitens desjenigen, der die Sterbehilfe leistet, notwendig macht. In diesem Zusammenhang vermischen sich die Grenzen zwischen der Palliativmedizin und Sterbehilfe, da in beiden Fällen die Leidenslinderung und die eventuelle Verkürzung des Lebens eines sterbenskranken Menschen am Lebensende in Kauf genommen wird. Er lehnt also diese Polarisierung ab, weil damit suggeriert wird, dass die Palliativmedizin die Lösung für die gesamte Problematik sei.

Er stellt die Frage: „*Welche Form von Sterbehilfe?*“¹³⁷ und betont, dass er hier vor allem jene Fälle von Krebskranken vor Augen hat, die sich unheilbar im letzten Stadium ihres Lebens befinden und bei denen die Schmerzbehandlung und Milderung der anderen Zustände, wie z.B. Atemnot, zu keiner nennenswerten Linderung des Leids geführt haben. Es geht hier also offenbar nur um die Leidensbegrenzung am Lebensende. Somit schließt er eine aktive Sterbehilfe für andere Personenkreise, wie es z.B. Hoerster befürwortet, aus. Er lehnt auch das Argument gegen die Legalisierung der Sterbehilfe ab, dem die Praxis in den Niederlanden zugrunde liegt.

In der Folge geht er auf einige Argumente ein, die für die Aufrechterhaltung des Verbotes angeführt werden und die seiner Meinung nach nicht sehr überzeugend sind.

¹³⁷ Birnbacher, *Sterbehilfe – eine philosophische Sicht*, 34.

„Nur bei der aktiven Sterbehilfe (im Sinne der aktiven und direkten Tötung auf Verlangen zum Zwecke der Leidensminderung) ist der Sterbehilfe Leistende *ursächlich* an der Beschleunigung des Todes des Patienten *beteiligt*.“¹³⁸ Gegen dieses Argument spricht, dass sowohl bei der passiven, dem Behandlungsabbruch, als auch bei der indirekten Sterbehilfe aktive Handlungen gesetzt werden. Stirbt der Patient aufgrund dieser Handlungen, so liegt bei diesen Formen zumindest eine partielle Kausalität vor. Eine negative Kausalität liegt

„[...] auch bei dem Abbruch einer lebensverlängernden Behandlung durch bloßes Untätigbleiben (wie z.B. dem „Einfrieren“ der Beatmung auf einem Wert, von dem man weiß, das er mit dem Überleben des Patienten unvereinbar ist) oder bei der Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Behandlung [...]“¹³⁹

vor. Die Folge ist, dass der Patient auf jeden Fall früher stirbt.

Ein weiterer Punkt ist die subjektive Bewertung der Kausalität der Sterbehilfeleistenden selbst. Er unterscheidet jene Fälle, bei denen der Tod relativ rasch nach dem Behandlungsabbruch eintritt oder jene, die den Tod durch die Unterlassung im Zusammenhang mit der Basisbetreuung wie Ernährung und Hydrierung zu Folge haben. „Das Unterlassen einer „normalen“ Handlungsweise wird eher als kausal für den Tod des Patienten gedeutet als das Unterlassen einer „künstlichen Maßnahme.“¹⁴⁰

Weitere Aspekte sind die unterschiedliche Bewertung von Tun und Unterlassen im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit über das fremde Leben und die Trennung in bedingten und unbedingten Vorsatz, die er ebenfalls ablehnt. Auch das bereits angesprochene Problem, dass aus der Legalisierung der Sterbehilfe eine Verpflichtung zur Sterbehilfe – Dambruchargument - wird, lehnt er mit dem Argument der Gewissensfreiheit ab. Er bezieht sich hier sowohl auf das Selbstbestimmungsrecht des Arztes wie auch des Patienten. Der Arzt kann niemals gezwungen werden aktive Sterbehilfe zu leisten oder eine Abtreibung vorzunehmen, wenn dies seinen weltanschaulichen und moralischen Vorstellungen widerspricht. Er sieht auch nicht das Argument des eventuellen Vertrauensverlustes als plausibel an, denn er meint dazu, dass der Patient es positiv bewerten wird, dass er diese Möglichkeit am Lebensende als

¹³⁸ Ebd., 35.

¹³⁹ Ebd., 36.

¹⁴⁰ Ebd.

ultima ratio der Leidensbegrenzung zur Verfügung hat, was auch die Ängste und Unsicherheiten des Patienten reduziert.

Wo liegen nun die moralischen Vorbehalte gegen die aktive Sterbehilfe?

Wie bereits erwähnt, liegt bei vielen Ärzten dieser Vorbehalt im traditionellen ärztlichen Selbstverständnis begründet. Laut Birnbacher muss hier ein Umdenkprozess stattfinden, sodass sich der Arzt nicht nur als Heiler, sondern auch als Helfer versteht, der nicht immer das Leben als solches, sondern auch die Lebensqualität zu berücksichtigen hat.

Er geht dann auf einige Dammbruchgefahren ein, die seitens der Ethiker, Soziologen, Politiker und der Justiz vorgebracht werden. Diese zielen nicht direkt auf die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ab, sondern auf die möglichen Missbrauchgefahren. In diesem Zusammenhang betont er die eventuelle Steigerung von Mitleidstötungen, die nicht vom Willen der Patienten getragen sind, sowie die Insinuation von Todeswünschen bei Patienten, die als Last empfunden werden, und die sonst eigentlich gar nicht die Absicht hätten diesen Wunsch auszusprechen. Seiner Meinung nach besteht diese Gefahr für alle Formen der Sterbehilfe und er kritisiert ebenfalls, dass diese Argumente nur bei der aktiven Sterbehilfe eingewendet werden. Er meint, dass sich aufgrund der oben angeführten Argumente sich diese Trennung in die verschiedenen Formen nicht aufrecht erhalten lässt.

Gibt es noch andere Gründe für diese unterschiedliche Bewertung?

Und hier nennt er nun 3 Faktoren¹⁴¹:

1. das erhöhte *Ängstigungspotential* einer aktiven Tötung gegenüber einem Sterbenlassen im Falle des Missbrauchs. Die aktive Tötung ohne Einwilligung wird rechtlich und moralisch strenger bewertet, als das passive Sterbenlassen bei einem irreversiblen Leidenszustand ohne die Einwilligung des Betroffenen.

2. Die Missbrauchgefahren könnten weiter gehen als erwartet. Hier bezieht er sich auf Befragungsergebnisse und die hohe Akzeptanz von Mitleidstötungen und sozialdarwinistischen „Euthanasie“-Aktionen. Er befürchtet, dass es durch die

¹⁴¹ Vgl. ebd., 38–39.

Legalisierung zu einer Reduzierung der Hemmschwelle zu Mitleidstötungen kommen kann, die man nicht ausschließen kann.

3. Hier geht es um die quantitativen Verhältnisse, also um die Steigerung der Missbrauchsfälle allgemein, das heißt von konkret geregelten Ausnahmen und Kategorien zu anderen Kategorien, siehe hier nur die Niederlande. Auch bei der passiven und indirekten Sterbehilfe, wobei als Bedingung die Beschleunigung des Todes die Vorgabe ist, gibt es diese Missbräuche. Hier ist jedoch der Kreis relativ eingeschränkt. Bei der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe würden diese Missbrauchsfälle jedoch wesentlich höher sein. Führt nun die Legalisierung zu einer Steigerung von Missbrauchsfällen in der Praxis? Darüber werden ja die unterschiedlichsten Argumente in der Literatur zur Sprache gebracht. Was sagt nun Birnbacher? Seine Antwort lautet: Für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe bräuchte der Patient nicht einmal krank zu sein. Im Zusammenhang mit einem eventuellen Missbrauch schreibt er folgendes:

Warum soll die Binsenwahrheit, dass sich Missbräuche niemals vollständig verhindern lassen, gerade hier, wo es um das Schicksal weniger, aber dafür schwerer leidender Menschen geht, soviel Gewicht beanspruchen dürfen? Warum soll nicht auch hier die alte Wahrheit gelten: *abusus non tollit usum* – der Missbrauch hebt den Nutzen nicht auf?¹⁴²

Seiner Meinung nach sind die oben genannten Gründe zu spekulativ, aber er betont auch, dass hier eine gewisse Vorsicht geboten ist und zur Bevorzugung von Alternativen wie die flächendeckende Palliativmedizin

[...] und wo diese auch nicht geeignet ist, Schmerz-, Unruhe- und andere Leidenszustände in der letzten Lebensphase zu lindern, [...] eine großzügige Anwendung der *terminal sedation*, des Verzichts auf weitere Ernährung und Hydrierung des Patienten unter langdauernder Anästhesie, einer Kombination von passiver und indirekter Sterbehilfe.¹⁴³

Auch deren Anwendung ist in der Literatur sehr umstritten. Weiters verweist er darauf, dass eine Legalisierung der Beihilfe zum Suizid unter sehr begrenzten Voraussetzungen der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe vorzuziehen ist, weil hier die Tatherrschaft beim Patienten verbleibt.

Ist eine nicht gewünschte Praxis umkehrbar?

¹⁴² Ebd., 40.

¹⁴³ Ebd.

Können bestehende Regelungen im Falle von zunehmenden Missbräuchen zurückgenommen werden?

Er schlägt nun eine „experimentelle Gesetzgebung“ vor, das heißt, dass hier unter strengen Auflagen die aktive Sterbehilfe bzw. die Beihilfe zum Suizid probeweise eingeführt werden soll, die jedoch jederzeit widerrufbar sein muss, bzw. unter verschärften Bedingungen wieder möglich sein soll, sollten sich in der Praxis gehäuft Missbräuche zeigen bzw. sich die Anzahl der Mitleidstötungen erhöhen. Er negiert bei dieser Legalisierung die Überschreitung eines *point of return*. Die Legalisierung soll als *ultima ratio* nur auf jene Extremfälle abgestellt sein, wo jede Palliativmedizin und andere Möglichkeiten, auch eine *terminal sedation*, nicht mehr greifen, um den unerträglichen Leidenszustand bei einem Sterbenskranken in seiner letzten Lebensphase zu mildern.

Ein Extremfall liegt insbesondere dann vor, wenn zusätzlich zur Irreversibilität des Leidenszustands und zum wiederholt bekundeten Sterbewilligen des Schwerkranken die Bedingung erfüllt ist, daß dem Sterbewilligen keine anderen Mittel zur Leidensbegrenzung, insbesondere auch nicht die Möglichkeit einer Selbsttötung, zur Verfügung stehen. [...] in einem kleinen, aber bedeutsamen Teil der Fälle bleibt auch die fortgeschrittenste Palliativmedizin machtlos gegen Schmerz, Atemnot, Übelkeit und andere krankheitsbedingte Leiden, die die letzte Lebensphase zur Qual machen können.¹⁴⁴

Hier wird das Problem der Selbsttötung angesprochen, gegen die er keinen Einwand hat. Wenn nun alle diese Voraussetzungen vorliegen, sollte eine solche Handlung nicht nur als Milderungsgrund zu einem an sich rechtswidrigen Verhalten verstanden, sondern - und hier ist Birnbacher zuzustimmen - als eine rechtskonforme Handlung angesehen werden. Sie sollte als zusätzliche Ausnahmeregelung zum allgemeinen Tötungsverbot neben den anderen in diesen Extremfällen zur Verfügung stehen, allerdings nur dann, wenn man diesem Lösungsansatz zustimmt.

Abschließend noch zwei Sätze von Birnbacher:

Ich möchte [...] bemerken, daß in meinen Augen der wohl erwogene Wunsch nach Selbsttötung in einem irreversiblen Leidenszustand eine verständliche, nachvollziehbare und angemessene Reaktion ist und nicht, wie es von psychiatrischer Seite gelegentlich geschieht, als Depression pathologisiert werden sollte. [...] Ich persönlich hoffe, daß wir in den nächsten Jahrzehnten ein geändertes Arztbild erleben, nach dem sich der Arzt nicht mehr nur als Helfer zu einem humanen Leben, sondern auch als Helfer zu einem humanen Sterben versteht.¹⁴⁵

¹⁴⁴ Birnbacher, *Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe*, 130, 132.

¹⁴⁵ Ebd., 132, 134.

Birnbacher bietet einen Lösungsansatz, der die ursprüngliche Intention der Sterbehilfe aufgreift. Die aktive Sterbehilfe sollte ausschließlich nur für die unheilbar kranken Menschen, die sich in der Endphase ihres Lebens befinden, zugelassen werden. Voraussetzung für die Straffreiheit ist, dass alle Möglichkeiten seitens der Medizin und Palliativmedizin ausgeschöpft wurden und ein Selbstmord nicht mehr möglich ist. Er bevorzugt jedoch unter denselben Bedingungen die Legalisierung der Beihilfe zum Suizid, denn die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe wäre seiner Meinung nach dann nicht mehr notwendig. Es stellen sich jedoch zwei Fragen. Wie kann durch eine solche Regelung die negative Entwicklung in den Niederlanden und in der Schweiz verhindert werden? Auch dort war zunächst diese ursprüngliche Intention der Sterbehilfe, einen Sterbenden beim Sterben zu helfen, Ausgangspunkt der Regelungen, die sich in der Folge zur heutigen Praxis entwickelt hat. Weiters spricht Birnbacher an vielen Stellen von irreversiblen Leidenszuständen und schwersten Krankheiten. Bezieht er sich wirklich bei seiner Befürwortung nur auf diese kranken Menschen im Endstadium? Denn unter den beiden Begriffen lassen sich auch andere Kategorien, wie schwerstbehinderte oder schwer psychisch kranke Personen subsumieren.

In Abgrenzung zum Ansatz von Hoerster, der abzulehnen ist, weil er zu weit geht und die Sterbehilfe auch auf andere Kategorien ausdehnen will und auch in Abgrenzung zu Spaemann, dessen Ansatz nachvollziehbar und sowohl rechtlich als moralisch legitim erscheint, und dessen Argumente zum Teil bereits der Realität entsprechen und dem ich voll zustimmen kann, hat der Ansatz von Birnbacher, wenn er die Sterbehilfe nur für diese eingeschränkte Kategorie fordert, eine für mich bedenkenswerte Berechtigung. Denn ich habe mir sehr oft die Frage gestellt, ob es bei einem kompletten Verbot Einzelfälle gibt, bei denen es mir menschenunwürdig und moralisch nicht gerechtfertigt erscheint sie solchen Leidenszuständen auszusetzen. Dieser Ansatz wäre als *ultima ratio* anzusehen und ist nur auf diese Extremfälle beschränkt. Die Sterbehilfe in jeder Form wäre damit rechtlich verboten, abgesehen von dieser einen Ausnahme. Die Todesspritze ist nur in diesem Fall möglich. Auf die Darstellung der auf diesem Ansatz aufbauenden Argumente und Einwände kann leider nicht mehr eingegangen werden, weiters auch nicht auf die Konsequenzen, die sich aus einem generellen Verbot aller Sterbehilfeformen ergeben würden.

13. Sterbebegleitung – Hospizbewegung

Hospitium (lat.) heißt wörtlich übersetzt „Herberge“, „Raststätte“. In der frühchristlichen Zeit und dann im Mittelalter standen Hospize Reisenden, Pilgern und Kranken zur Verfügung, die dort die Hilfe, Pflege und Ruhe in Anspruch nehmen konnten. Unter Hospiz versteht man heute aber nicht nur eine konkrete Institution, sondern der Begriff steht auch für ein Konzept der ganzheitlichen Sterbe- und Trauerbegleitung.

Die Idee der Hospizbewegung war ursprünglich eine soziale, denn es wurde die Aufgabe darin gesehen, den Sterbenden und ihren Angehörigen wieder einen Platz innerhalb der Gesellschaft zu geben. Im Jahr 1967 wurde von der englischen Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders ¹⁴⁶ das mittlerweile weltberühmte St. Christophers Hospice in London gegründet.

Die beiden Versprechen, „[...] die Hospize den Menschen geben, die sie betreuen“ (Lamerton 1991) lauten:

„Wir werden dich nicht alleine lassen (es sei denn Du möchtest alleine sein)“ und

„Wir werden alles tun, um Deine Schmerzen zu beheben“.¹⁴⁷

Palliative care (Palliativmedizin - Sorge für Schmerzfreiheit und Lebensqualität) statt *medical care* (auf Heilung gerichtete Behandlung), wo eine Heilung aber nicht mehr erreicht werden kann, kurz gesagt: Lebensqualität statt Lebensquantität.

Diese Fakten sind sehr wichtig, denn auf einer Seite steht die Isolation, das Ausgeschlossensein aus der Gesellschaft und aufgrund der Steigerung des Lebensalters die Vereinsamung vieler Menschen, die keine Angehörigen mehr haben, und auf der anderen Seite stehen die irreversiblen Leidenszustände dieser Menschen. Diese beiden Faktoren bedingen einander und verstärken sich dann in der Folge. Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden.

¹⁴⁶ Johann-Christoph Student, „Hospizbewegung und Dilemmata der Sterbehilfe“, in: *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?* hg. von Franz-Josef Illhardt, Hermann Wolfgang Heiß, u.a., Stuttgart, New York 1998, 92.

¹⁴⁷ Ebd.

Kurz zusammengefasst steht bei der *Palliative care*, d.h. der Palliativmedizin, also die Sorge für Schmerzfreiheit und Lebensqualität im Vordergrund und nicht die *medical care*, die auf Heilung gerichtete Behandlung. Es geht um die Lebensqualität und nicht um die Lebensquantität. Die Aufgabe liegt darin das Sterben der Sterbenden durch eine gute Betreuung, im Vordergrund steht hier die Schmerzbekämpfung, weiters durch ausreichende Flüssigkeit und Ernährung und durch eine liebevolle Umgebung und persönliche Zuwendung erträglicher zu gestalten. Denn hier geht es um jene Fälle, die nicht mehr geheilt werden können. Auch die Angehörigen werden in diese Betreuung einbezogen und nach dem Tod des Patienten erfolgt eine Trauerbegleitung dieser Personen. Der Mensch wird als Ganzes gesehen. Es geht also um die Bekämpfung körperlicher Schmerzen oder anderer unangenehmer Begleitsymptome der Krankheit oder der eingesetzten Medikamente. Für diesen Bereich sind die Ärzte und das Pflegepersonal zuständig. Es soll auch die Angst vor der Abhängigkeit von Medikamenten, meist von Morphinen, genommen werden, weil aufgrund aktueller Forschungsergebnisse diese unbegründet ist. Die Aufgabe der Pfleger ist es auch ihre Einflussmöglichkeiten zum Wohle der Betroffenen in der Form einzusetzen, dass die Kranken wieder das psychische und seelische Gleichgewicht erlangen oder dieses zumindest verbessert wird. Da viele Patienten alleine sterben, muss auch die soziale Komponente vom Pflegepersonal übernommen werden. Seelische, spirituelle und soziale Bedürfnisse der Patienten müssen berücksichtigt werden. Die Hospizbewegung anerkennt die individuellen Lebensentwürfe und Glaubensentscheidungen der Menschen und nimmt sie respektvoll zur Kenntnis. Sie baut auf dem christlichen Menschenbild auf, lehnt aber jede religiöse Vereinnahmung von Sterbenden entschieden ab.

Ein wichtiges Ziel der Hospizbewegung ist es heute, den Sterbenskranken in seiner gewohnten Umgebung zu belassen und durch mobile Einrichtungen oder ambulante, also nicht nur stationäre, Betreuung seine Lebensqualität zu verbessern.

14. Ethik der Mittelverteilung

Bei diesem Thema geht es um die gerechte Verteilung von medizinischen Gütern und Leistungen im Gesundheitswesen. Im gesamten medizinischen Bereich gibt es zahlreiche Gerechtigkeitsfragen. Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird deshalb zunehmend diskutiert, weil die Ressourcen (Geld und Güter) aufgrund der Finanzkrise immer knapper werden. Auf der anderen Seite nehmen immer mehr Personen Leistungen in Anspruch, die durch Beiträge nicht mehr gedeckt werden können. Weitere Gründe liegen beispielsweise im medizin-technischen Fortschritt (teure Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und kostspielige Forschungsverfahren), aber auch in den laufenden Kosten des Betriebes dieser technischen Geräte und in der extremen Steigerung der Kosten im Spitalswesen allgemein. Die nach wie vor bestehende Überzeugung des Behandeln um jeden Preis spielt ebenfalls eine Rolle. Es gibt sehr viele Behandlungsmöglichkeiten, vielleicht auch nur mit beschränkten Erfolgsaussichten, die extrem teuer sind, aber aufgrund ihrer Rentabilität, aus wirtschaftlichen Interessen, in der Wissenschaft und Forschung angewendet werden müssen. Weiters gibt es immer mehr ältere Menschen mit chronisch-degenerativen Erkrankungen, die eine Steigerung der Pflegekosten und medizinische Aufwendungen nach sich ziehen. Die negative Seite daran ist jedoch, dass trotz des Fortschritts solche Erkrankungen noch immer nicht verhindert bzw. geheilt werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die Palliativmedizin zu nennen. Wichtig ist auch zu erwähnen, dass in Zeiten einer Wirtschaftskrise, etwa durch hohe Arbeitslosigkeit, die Einnahmen der Krankenversicherungsbeiträge zurückgehen.

Die Verteilung solcher Güter erfolgt nach Fenner¹⁴⁸ üblicherweise auf 3 Ebenen:

Makroebene:

Diese Ebene betrifft die Verteilung der Ressourcen auf staatlicher bzw. globaler Ebene. Es stellt sich die Frage: Wie viele Ressourcen werden dem Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt? Wie viel ist die Gesundheit gegenüber anderen Bereichen, wie beispielsweise Bildung, Absicherung gegen Armut, Umweltschutz, Forschung und anderes mehr der Gesellschaft wert?

¹⁴⁸ Vgl. Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 107.

Mesoebene:

Hier geht es um die Frage: Wie verteilen wir das Gesundheitsbudget auf die einzelnen Teilbereiche? Wie viel bekommt etwa der heilende (kurative) Bereich, die präventive Medizin oder die Palliativmedizin? Der Kostenanteil für die Palliativmedizin ist seit den letzten zwei Jahrzehnten extrem gestiegen, weil der Bedarf aufgrund der Überalterung der Gesellschaft immer mehr steigt. Es gibt mittlerweile eigene Stationen in Krankenhäusern, wo die Zusammenarbeit zwischen kurativen Stationen und dem palliativen Bereich gut funktioniert und eine breite Integration dieser Institutionen stattgefunden hat. Denn das war noch vor kurzer Zeit nicht so selbstverständlich, da sich die Ärzte dafür nicht zuständig gesehen haben, weil es dem Arztbild widersprochen hat. Ein weiterer Punkt ist die kostspielige Reproduktionsmedizin, wo sehr umstritten ist, ob diese jetzt als eine Heilbehandlung oder als ein purer Luxus zu bewerten ist, weil hier das Gesundheitssystem nicht mehr zuständig wäre. Die Frage, die sich daraus ergibt, ist jene, ob nicht in diesem Fall die davon Betroffenen selbst für diese Leistungen bezahlen müssten, weil sie derzeit in Österreich teilweise aus öffentlicher Hand finanziert werden müssen. Auch die Forschung ist ein kostenintensiver Bereich, hier stehen aber meistens auch wirtschaftliche Interessen, wie beispielsweise von Pharmafirmen, dahinter. Es geht also auch um eine Grundsatzentscheidung, ob nun mehr in die Grundversorgung und weniger in die High-Tech-Medizin und Forschung investiert werden sollte. Allerdings entsteht durch diese Problematik auch die Mehrklassengesellschaft, die in Österreich bereits verwirklicht ist. Sie zeigt sich beispielsweise an der Dauer der Wartezeiten bei Operationsterminen, wo bei der Reihung zwischen Krankenkassenpatienten und Privatversicherten zum Nachteil ersterer unterschieden wird.

Mikroebene:

Auf dieser Ebene geht es um die Frage, wie viele Mittel einer Menschengruppe mit einem bestimmten Krankheitsbild zugesprochen werden. Wie viele Mittel bekommt beispielsweise ein an Demenz Erkrankter, ein Nierenpatient usw.? Hier geht es auch um die Finanzierung der Erforschung von neuen Heilmethoden oder Medikamenten für den jeweiligen Patientenkreis. Weiters stellt sich auch die Frage, wie viele Ressourcen für eine einzelne Person zur Verfügung stehen. Diese Ebene finden wir vor allem bei der Verteilung in Krankenhäusern oder in den ärztlichen Praxen, dass beispielsweise keine neuen Hüftgelenke oder keine Organspenden mehr ab einem bestimmten Alter zur Verfügung stehen.

Was kann man nun gegen die Knappheit der Ressourcen tun?

Naheliegender ist die Erhöhung des Budgets für das Gesundheitswesen, das ist aber aufgrund der globalen finanziellen Situation kaum möglich und wird derzeit von den Politikern strikt abgelehnt. Allerdings sollte man prüfen, ob bereits von allen Menschen ein gerechter Beitrag zum Budget geleistet wird. Wenn also die Erhöhung des Budgets nicht möglich ist, weil beispielsweise die Erhöhung von Beiträgen aus Gerechtigkeitsüberlegungen nicht mehr gerechtfertigt werden kann, dann gibt es nur zwei Möglichkeiten - die Rationalisierung und Rationierung.

Rationalisierung:

Darunter versteht man die Steigerung des Preis-Leistungs-Verhältnisses welches auch im Gesundheitswesen möglich ist. Eine Variante davon wäre die Auslagerung teurer Tätigkeiten ins Ausland. Hier könnte man beispielsweise die Auslagerung der zahntechnischen Dienste nach Asien, nach Rumänien und Ungarn nennen. Eine weitere Möglichkeit ist auch die Automatisierung im Gesundheitssystem und den Spitälern oder die Vermeidung von Doppel- und Dreifach- Untersuchungen bei verschiedenen Ärzten. Hier wird beispielsweise derzeit die Einführung einer elektronischen Krankenakte auf der E-Card diskutiert. Einen anderen Ansatz für die Kosteneinsparung finden wir in der Forcierung eines Aufbaus von Gemeinschaftspraxen durch Politiker und Ärztekammer. Der Druck der Kostenreduktion geht sogar soweit, dass Ärzte bestimmte Leistungen nicht mehr durchführen dürfen, weil ihre Arbeitszeit teurer ist als jene der Krankenschwester. Vor allem im Pflegebereich hat sich diese Praxis bereits durchgesetzt. Man kann aber auch Kosten sparen, indem man billige Arbeitskräfte aus dem Ausland, heute vor allem aus den Oststaaten, beschäftigt. Auch diese Vorgangsweise führt zu einer Kostensenkung. Hier wäre beispielsweise auch die Heimpflege zu erwähnen.

Wenn die Rationalisierung nicht mehr möglich ist - Stichwort Lohndumping - dann kommt man zur Rationierung:

Hier geht es um konkrete Leistungskürzungen seitens der Krankenkassen, denn es werden bestimmte Therapieformen oder Medikamente nicht mehr in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, die von ihr refinanziert werden. Solche Leistungen sind von den Betroffenen selbst zu bezahlen. Damit verbunden kommt auch wieder die Ungleichbehandlung ins Spiel. Diese Kürzung widerspricht

nämlich sehr oft sowohl dem Gleichheitsprinzip als auch dem Wohltätigkeitsprinzip. Der Arzt befindet sich ebenfalls oft in einer für ihn unbefriedigenden Situation, weil er weiß, dass beispielsweise eine sinnvolle, aber nicht von der Krankenkasse bezahlte Therapie zur Verfügung steht, er sie aber aus Kostengründen nicht anwenden darf und kann. Andererseits ist der Patient oft selbst nicht in der Lage, diese Therapie zu finanzieren. Es werden dem Patienten bewusst bestimmte Leistungen verweigert, die aufgrund der medizinischen Technik möglich und auch sinnvoll wären.

Eine andere Methode der Selektion ist die Bewilligungspflicht von Therapien und Behandlungen. Damit liegt es im Ermessen der Krankenkassen, diese nun zu bewilligen oder nicht, wobei aber auch Einsparungen notwendig sind. Auch in diesem Fall steigen die Ungleichbehandlungen, es werden oft ältere Menschen und die minderbemittelte Schicht von der globalen Gesundheitsfürsorge ausgeschlossen. Bei diesen Verteilungsfragen und Entscheidungen geht es immer um das Thema Gerechtigkeit und die dahinter liegenden moralischen Bewertungen in einer Gesellschaft.

Für die Entscheidungsfindung stellt sich nun die Frage: Nach welchen Kriterien soll eigentlich entschieden werden, ob nun jemand eine Behandlung oder ein bestimmtes Medikament bekommen soll oder nicht?

Ein relevantes Kriterium der Verteilung medizinischer Güter muss die individuelle medizinische Bedürftigkeit sein, diese ist der Sinn und Zweck eines jeden Gesundheitswesens. Es müssen die Mittel für kranke Menschen zu ihrer Heilung zur Verfügung gestellt werden. Das sollte der Maßstab für jede Bewertung eines Kriteriums für die Auslese sein. Bedingungen für eine Leistung, wie beispielsweise die des gesellschaftlichen Standes, des Einkommens oder des Geschlechts werden abgelehnt. Über diese Punkte ist man sich relativ einig. Individuelle medizinische Bedürftigkeit bedeutet somit, dass jeder die Therapie bekommen soll, die aufgrund seines Krankheitsbildes angezeigt (indiziert) ist. Das Ziel soll eine möglichst schnelle Genesung oder eine Leid- und Schmerzlinderung sein. Dieser Grundkonsens wäre das ethische Ideal. Die Praxis zeigt leider ein ganz anderes Bild.

Alle weiteren Kriterien für die Verteilung werden als ein moralisches Problem angesehen und heftig diskutiert. Denn hier stehen einander die unterschiedlichsten Interessenslagen und Wertungen gegenüber.

Folgende, sehr umstrittene weitere Kriterien werden heute aufgrund der wirtschaftlichen Situation angedacht und diskutiert:

- Die Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft.

Es wird in Frage gestellt, ob die Gesellschaft weiterhin jene Leistungen erbringen kann, die sie bis jetzt erbracht hat.

- Die Qualität und Quantität der verbleibenden Lebenszeit.

So bekommt eine 90-jährige Person keine Hüftprothese mehr. Das Alterskriterium spielt bereits eine wichtige Rolle bei der Verteilung von medizinischen Leistungen.

- Nachweis einer gesunden Lebensführung

Ein Nichtraucher bekommt üblicherweise eher eine Lungentransplantation als ein Raucher, oder ein normalgewichtiger Mensch bekommt leichter ein Herz als ein übergewichtiger.

Daraus ergibt sich der nächste Diskussionspunkt, der bereits andiskutiert wird, ob nun diejenigen, die eine gesunde Lebensführung und keine riskanten Sportarten betreiben, für diejenigen zahlen müssen, die dies nicht tun. Es wird somit angedacht für diese Gruppe den Leistungsanspruch seitens der Gesellschaft zu reduzieren, also eine Art des Bonus-Malus-Systems einzuführen. Dieses Argument hat schon einiges für sich, denn warum soll eine Gruppe für diejenigen zahlen, die auf ihre Gesundheit keine Rücksicht nehmen. Allerdings stellt sich dann die Frage der Grenzziehung und der Kontrollmöglichkeiten. Es wäre aber im Zusammenhang mit der Gerechtigkeitsdebatte zu berücksichtigen.

In Österreich gibt es zwar über einzelne Kriterien heftige Diskussionen, aber sie sind noch nicht gesetzlich geregelt, obwohl das Alterskriterium bei der Zuteilung medizinischer Leistungen und die körperliche Verfassung, beispielsweise bei der Organtransplantation bereits in der Praxis realisiert ist. In England ist das Alterskriterium bereits ausdrücklich rechtlich geregelt. Es werden ab einem bestimmten Lebensalter bestimmte Leistungen, Behandlungen oder Operationen nicht mehr durchgeführt, weil sie von den Krankenkassen nicht mehr übernommen werden, obwohl

sie zur Steigerung der Lebensqualität und Mobilität von alten Personen beitragen würden. Diese Sichtweise ist zu einseitig, weil hier neben dem Alter und den Kosten auf der anderen Seite auch eine mögliche Steigerung der Mobilität und Eigenständigkeit solcher Menschen berücksichtigt werden sollte. Längerfristig gesehen würden sich dadurch die Pflegekosten reduzieren, weil die Personen auch zu Hause betreut werden könnten.

Einen weiteren Diskussionspunkt bietet auch die Frage, ob der Staat bzw. die Versicherungsträger überhaupt nur mehr für die Grundversorgung Kostenersatz leisten und alle anderen technisch machbaren Behandlungsmöglichkeiten, Therapien und Medikamente, jetzt unabhängig von den Kriterien, zwar anbieten, aber für diese keinen Kostenersatz mehr leisten sollten. Offen bleibt somit die Frage: Was ist dann mit jenen, die sich notwendige Behandlungen nicht mehr leisten können?

Im Zusammenhang mit der oben angeführten Problematik und der Gleichbehandlung werden nun allgemeine und nachvollziehbare Kriterien gefordert. Es muss auf der einen Seite von den zuständigen Organen festgelegt werden, bei welchem Krankheitsbild welche Behandlungen aufgrund welcher Kriterien sinnvoll und vertretbar sind. Letztlich geht es um eine gesamtgesellschaftliche Entscheidung, die vor allem auf der politischen Ebene stattfindet. Auf der anderen Seite müssen diese Informationen auch der Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden, damit sie sich darüber informieren kann, welche Leistungen von der Krankenkasse bezahlt werden oder selbst zu finanzieren sind. Im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes müssten diese Kriterien für alle gleich geregelt sein, denn es sollte nicht sein - wie es heute sehr oft geschieht - dass ein Arzt oder ein Krankenhaus eine Leistung durchführt und ein anderer Arzt bzw. ein anderes Krankenhaus die gleiche Leistung aus diversen Gründen ablehnt, weil beispielsweise das Kontingent für das Quartal bereits ausgeschöpft ist. „Nur wenn von vornherein feststeht, welche Gesundheitsleistung bei welcher Gesundheitsstörung erbracht werden soll, werden die Patienten in vergleichbaren Situationen auch wirklich gleich behandelt.“¹⁴⁹ Weiters ist auch der Leistungskatalog der Krankenkassen zu vereinheitlichen und die einzelnen Versicherungsträger zu einer Versicherung für alle, unabhängig von den Berufsgruppen und Bundesländern, zusammenzuführen.

¹⁴⁹ Fenner, *Einführung in die Angewandte Ethik*, 109.

15. Abschließende Bemerkungen

Bevor ich nun eine Antwort auf die sich mir stellende Frage „Sollte der Mensch das Recht haben über das Ende seines Lebens frei bestimmen zu können?“ gebe, will ich noch Folgendes erwähnen: Es gibt sehr viele Schwerstkranke, die sich mit ihrem Schicksal abgefunden haben und bewusst die aktive Sterbehilfe ablehnen. Von diesen wird aber in den Medien kaum berichtet und sie scheinen in der Literatur sehr selten auf, obwohl sich einige auch öffentlich in diesen Diskussionen zu Wort melden. Der Schwerpunkt der Medien liegt hauptsächlich auf Einzelfällen von Patienten, die unsäglich leiden, die oft körperlich auch noch entstellt sind und meist öffentlich den Wunsch nach Sterbehilfe äußern. Hier die Sterbehilfe abzulehnen ist moralisch sehr schwierig, und das zeigt sich dann auch bei einer Befragung, welche nach einer solchen Berichterstattung stattfindet. Dabei wird einerseits die Polarisierung für oder gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe noch gefördert und andererseits die Zustimmung zur Sterbehilfe geradezu provoziert. Bei diesen Berichten wird nämlich die psychische und emotionale Ebene mit den daraus resultierenden Vorstellungen angesprochen, die mit einem solchen Leidenszustand üblicherweise verbunden sind. Nur jene würden in diesem Einzelfall die Sterbehilfe ablehnen, die gegen dieses Leid immun sind. Daher war ich positiv überrascht, hier zwei Personen in der Literatur zu finden, die sich trotz der Schwere ihrer Krankheit gegen diese Legalisierung in der Öffentlichkeit aussprachen bzw. aussprechen.

Hier ist beispielsweise in Norwegen Vidar Linga zu erwähnen.¹⁵⁰ Er litt an einer schweren, unheilbaren Hautkrankheit (Epidermolysis Bullosa). Sein Arzt, Stein Husebo, schrieb über das Leben Lingas ein Buch mit dem aussagekräftigen Titel: *„Leben lohnt sich immer“*. Er berichtete darin, dass Vidar Linga aktive Sterbehilfe in allen Phasen der Krankheit abgelehnt habe. Husebo hatte bis dahin aktive Sterbehilfe betrieben und durch die Begegnung mit Linga wurde er zum bekanntesten Gegner der Sterbehilfe in Norwegen.

Ein weiteres Beispiel kommt aus Deutschland. Peter Radtke¹⁵¹ zählt zu den entschiedenen Gegnern der aktiven Sterbehilfe. Er ist selbst schwer krank und an den Rollstuhl gefesselt. Er ist Mitglied des „Deutschen Ethikrates“ und hat sich wiederholt

¹⁵⁰ Vgl. Holthaus, Jahnke, *Aktive Sterbehilfe*, 16.

¹⁵¹ Vgl. ebd., 17.

mit wichtigen Argumenten gegen eine Aufweichung des Lebensschutzes und gegen die Freigabe aktiver Sterbehilfe in Deutschland ausgesprochen.

Und nun zurück zu meiner Frage:

„Sollte der Mensch das Recht haben über das Ende seines Lebens frei bestimmen zu können?“

Der Mensch hat heute die Möglichkeit über das Ende seines Lebens frei verfügen zu können, unabhängig davon, wie nun der Selbstmord in der Gesellschaft moralisch und rechtlich bewertet wird. Er muss es nur vor sich selbst moralisch rechtfertigen können. Niemand kann zum Leben gezwungen werden, unabhängig davon, in welchem Zustand er sich befindet.

Die nächste Frage lautet daher:

„Sollte der Mensch das Recht haben über das Ende seines Lebens frei bestimmen und im Bedarfsfall Hilfe von Ärzten oder anderen Personen in Anspruch nehmen zu können?“

Und hier sage ich nein. Dieses Recht besitzt er nicht.

Denn hier fängt die gesamte Problematik der Sterbehilfediskussionen an und zwar dann, wenn zu dessen Durchführung Dritte herangezogen werden müssen und dadurch die Gesellschaft selbst davon betroffen ist. Kann ich von jemandem, jetzt moralisch gesehen, verlangen, dass er mich tötet und ihn damit selbst moralischen und emotionalen Gefühlen aussetzen? Ich sage nein. Ich vertrete die Meinung, dass bei allen diesen Diskussionen über die Sterbehilfe eigentlich das Grundproblem in unserer heutigen Gesellschaft, wie ich es bereits ausgeführt habe, nicht gelöst wird. Es geht primär darum, sowohl von der Politik, als auch von der wirtschaftlichen Seite, diese Randgruppen gegen die Leistungsgesellschaft zu schützen. Es geht hier nicht um die Lösung bei Einzelfällen, mögen diese noch so extrem sein, sondern es geht es um die Einstellung und Entwicklung der Gesellschaft gegenüber denjenigen Personen, die keinen Nutzen mehr für die Gesellschaft bringen. In meinen Augen funktioniert eine Gesellschaft nicht mehr, wenn aufgrund der Legalisierung der Sterbehilfe die Gefahr besteht, bestimmte Gruppen in eine freiwillige oder unfreiwillige Sterbehilfe zu drängen und dies ist unzweifelhaft gegeben. Es sollte das menschenunwürdige Leben und Sterben durch ein würdiges Leben und Sterben ersetzt werden, indem der Staat gezwungen wird die entsprechenden Mittel zu Verfügung zu stellen und die

Rahmenbedingungen zu schaffen und nicht versucht, auf Kosten dieser Gruppe einzusparen. Denn dann erfüllt der Staat nicht seine eigentlichen Aufgaben, nämlich auch den Schutz schwacher, alter und kranker Personen zu fördern. Für mich steht daher zweifelsfrei fest, dass jeder zwar selbst über sein eigenes Leben verfügen kann, wie er möchte. Die Grenze liegt jedoch dort, wo fremde Hilfe für die Tötung in Anspruch genommen werden muss. Daher ist eine Legalisierung der Sterbehilfe in allen ihren Formen abzulehnen. Für mich ist die Praxis in der Schweiz und in den Niederlanden nicht akzeptabel und es werden bereits auch Diskussionen geführt diese Regelungen zu überdenken. In diesem Zusammenhang habe ich auch mit einigen Jugendlichen gesprochen, die sich relativ unproblematisch positiv zur aktiven Sterbehilfe geäußert haben. Je älter aber der Personenkreis wurde, desto intensiver wurden diese Diskussionen geführt. Man könnte das auch so interpretieren, dass diese Diskussionen in zwei oder drei Generationen sich als überflüssig herausgestellt haben werden, weil ein immer größerer Anteil, aufgrund eines überzogenen Autonomieprinzips und Selbstbestimmungsrechts, die Selbstbestimmung des Einzelnen den Gesellschaftsstrukturen und der Moralität vorangestellt wird.

Um nun andererseits auch die Einzelfälle zu berücksichtigen, erscheint mir der Ansatz vom Birnbacher zumindest bedenkenswerter zu sein als andere Ansätzen der Befürworter. Als *ultima ratio* wird die Sterbehilfe nur unter extrem strengen Bedingungen und nur für eine Kategorie zugelassen, wenn alle anderen Mittel versagen, und es wird meiner Meinung nach der Intention, die hinter der eigentlichen Sterbehilfe stehen sollte, Rechnung getragen, sterbenskranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Die Befürwortung der Beihilfe zum Suizid in jenen Fällen, wo der Betroffene aufgrund seiner Krankheit den Selbstmord nicht mehr durchführen kann, ist ein bedenkenswerter Ansatz. Auch die strikte Regelung der passiven Sterbehilfe durch Unterlassung ist ein Ansatz, der eine Unterstützung eines menschenwürdigen Sterbens eines sterbenskranken Menschen erlauben würde. Die Missbrauchgefahren können jedoch auch durch diese Ansätze nicht verhindert werden.

16. Literaturliste

- Ach, J.S./Gaidt A. (Hg.): *Herausforderung der Bioethik*. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog 1993.
- Barnard, Christiaan: *Glückliches Leben – Würdiger Tod*. München: Hyne 1983.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*. 4. Aufl. New York, Oxford: Oxford University Press 1994.
- Benzenhöfer, Udo: *Der Gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2009.
- Birnbacher, Dieter: „Instrumentalisierung und Menschenwürde. Philosophische Anmerkungen zur Debatte um Embryonen- und Stammzellforschung“, in: *Jahrbuch der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*. 2001.
- Birnbacher, Dieter: „Recht auf Sterbehilfe – Pflicht zur Sterbehilfe?“, in: Illhardt Franz-Josef/Heiß Hermann Wolfgang; u.a., (Hg.): *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?* Stuttgart, New York: Schattauer 1998.
- Birnbacher, Dieter: „Sterbehilfe – eine philosophische Sicht“, in: Thiele Felix (Hg.): *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. München: Fink 2005.
- Birnbacher, Dieter: *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam 1995.
- Birnbacher, Dieter: „Welche Ethik ist als Bioethik tauglich?“, in: Ach J.S./Gaidt A. (Hg.): *Herausforderung der Bioethik*. Stuttgart, Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog 1993.
- Edelstein, Ludwig: *Der Hippokratische Eid*. Zürich, Stuttgart: Artemis 1969.
- Eser, Albin: „Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen“, in: Jens Walter/Küng Hans (Hg.): *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Stuttgart, Zürich: Piper 1995.
- Fenner, Dagmar: *Einführung in die Angewandte Ethik*. Tübingen: A. Francke 2010.
- Finzen, Asmus: *Das Sterben der anderen. Sterbehilfe in der Diskussion*, Bonn: BALANCE 2009.
- Hoerster, Norbert: *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1998.
- Holthaus, Stephan/Jahnke, Timo: *Aktive Sterbehilfe. Ausweg oder Irrweg?* Gießen: Brunnen 2008.
- Höffe, Otfried: *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt am Main: Suhrkamp 2002.
- Illhardt, Franz-Josef/Heiß, Hermann Wolfgang; u.a., (Hg.): *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?* Stuttgart, New York: Schattauer 1998.
- Jens, Walter/Küng, Hans: *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München, Zürich: Piper 1995.
- Kant, Immanuel: *Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Werkausgabe Band VII, herausgegeben von Wilhelm Weischedel. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1974.
- Katechismus der katholischen Kirche (2280) 1997.
- Knoepffler, Nikolaus: *Menschenwürde in der Bioethik*. Berlin: Springer 2004.
- Knoepffler, Nikolaus: *Angewandte Ethik*. Köln, Weimar u.a.: Böhlau 2010.
- Knoepffler, Nikolaus: „Menschenwürde heute – ein wirkmächtiges Prinzip und eine echte Innovation“, in: Knoepffler Nikolaus/Kunzmann Peter; u.a., (Hg.): *Facetten der Menschenwürde*. Freiburg, München: Karl Alber 2011.
- Knoepffler, Nikolaus/Kunzmann, Peter; u.a., (Hg.): *Facetten der Menschenwürde*. Freiburg, München: Karl Alber 2011.
- Körtner, Ulrich H.J.: *Bedenken, das wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik*. München: Beck 1996.

- Körtner, Ulrich H.J.: *Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik*. 2. Aufl. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag 2004.
- Körtner, Ulrich H.J.: „Sterbehilfe: Was dürfen Ärzte?“, in: *Die Presse* vom 7.09.2011
- Kreß, Hartmut: *Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz, Selbstbestimmungsrechte und heutige Wertkonflikte*. Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Küng, Hans: „Menschenwürdig sterben“, in: Jens Walter/Küng Hans (Hg.): *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. Stuttgart, Zürich: Piper 1995.
- Löw, Reinhard (Hg.): *Bioethik. Philosophisch-theologische Beiträge zu einem brisanten Thema*. Köln: Communio 1990.
- Morscher, Edgar: *Grundsatzfragen und ausgewählte Probleme der Angewandten Ethik*. Sankt Augustin: Academia 2009.
- Papst Johannes Paul II.: *Enzyklika Evangelium vitae. Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*. Bonn: 1995.
- Pauer-Studer, Herlinde: *Einführung in die Ethik*. Wien: Facultas 2010.
- Pico della Mirandola, Giovanni: *Über die Würde des Menschen. Lateinisch – Deutsch*. Übersetzt von Norbert Baumgarten und herausgegeben und eingeleitet von August Buck. Hamburg: Meiner 1990.
- Pieper, Annemarie: *Einführung in die Ethik*. 6. Aufl. Tübingen: A. Francke 2007.
- Pöltner, Günther: *Grundkurs Medizin-Ethik*. 2. Aufl. Wien: Facultas 2006.
- Quill, Timothy: *Das Sterben erleichtern. Plädoyer für einen würdevollen Tod*. München: Droemer Knaur 1994.
- Schöne-Seifert, Bettina: *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart: Kröner 2007.
- Schramme, Thomas: *Bioethik*. Frankfurt am Main: Campus 2002.
- Seneca, L. Annaeus: *Philosophische Schriften. Lateinisch und Deutsch*. Bd. III. Übersetzt und herausgegeben von Manfred Rosenbach. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft 1974.
- Singer, Peter: *Praktische Ethik*. Neuausgabe. Stuttgart: Reclam 1994.
- Spaemann, Robert: „Streitgespräch zwischen Robert Spaemann und Bartholomäus Grill. Wie Euthanasie! – Würdevolles Sterben“ in: *Stern* 48, (2006).
- Spaemann, Robert/Fuchs, Thomas: *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*. Freiburg, Basel u.a.: Herder 1997.
- Spaemann, Robert: „Wenn Tötung auf Verlangen rechtlich anerkannt würde“, in: *Süddeutsche Zeitung* 92, (22. April 1990).
- Student, Johann-Christoph: „Hospizbewegung und Dilemmata der Sterbehilfe“, in: Illhardt, Franz-Josef/Heiß, Hermann Wolfgang, u.a., (Hg.): *Sterbehilfe – Handeln oder Unterlassen?* Stuttgart, New York: Schattauer 1998.
- Thiele, Felix (Hg.): *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. München: Fink 2005.
- Tugendhat, Ernst: „Das Euthanasieproblem in philosophischer Sicht“, in: *Logos, Zeitschrift für systematische Philosophie*. Neue Folge Bd.1, Heft 2 (1994).
- Wuketits, Franz M.: *Bioethik. Eine kritische Einführung*. München: Beck 2006.

Zeitungsartikel:

- „Sterbehilfe-Prozess: Pensionierter Arzt verurteilt“, in: *Krone* vom 17.12.2008.
- „Aktive Sterbehilfe wird in Österreich befürwortet“, in: *Standard* vom 17. Februar 2010.
- „Passive Sterbehilfe ist in Österreich erlaubt, aber nicht geregelt – im Zweifel muss der Arzt weiterbehandeln“, in: *Wiener Zeitung* vom 29.06.2010.
- <http://www.profil.at/articles/0824/560/209110/sterbehilfe-mord-aktive-euthanasie-oes..>
Zugriff 27.09.2011

Abstract

In dieser Arbeit wird die Problematik des Suizids und der Sterbehilfe anhand einiger Argumente philosophisch beleuchtet. Die dazu verwendete Literatur ist vielfältig und in sich oft widerspruchsvoll. Zu viele unterschiedliche Interessen spielen in diese Thematik hinein, um eine generelle Lösung anbieten zu können. Die Befürworter sprechen sich für die generelle Zulassung der Sterbehilfe aus und erweitern den Personenkreis für die Inanspruchnahme der Sterbehilfe teilweise bis zur Kategorie „lebensmüde“. Die Gegner lehnen entweder die Sterbehilfe in allen ihren Formen ab oder nur die aktive Sterbehilfe. Dazu kommt noch, dass die Sterbehilfe in allen ihren Formen, außer der direkten aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zum Suizid, in Österreich rechtlich nicht geregelt ist. Daher lässt sich nur anhand der Rechtsprechung zeigen, welche Formen von der Gesellschaft und Rechtsordnung anerkannt werden und straffrei bleiben. Es herrscht in diesem Bereich eine extreme Rechtsunsicherheit, die sich auch anhand der unterschiedlichen Urteilen bei gleichen oder ähnlichen Sachverhalten zeigt. Die beiden Extrempositionen und eine vermittelnde Position werden anhand von Robert Spaemann als Gegner der Sterbehilfe, Norbert Hoerster als Befürworter der Sterbehilfe und Dieter Birnbacher ebenfalls als gemäßigte Befürworter der Sterbehilfe vorgestellt.

Eine sachliche Lösung ist nicht möglich, weil hier ein Themenkreis angesprochen wird, der den höchst persönlichen Bereich eines Menschen mit seiner eigenen individuellen Einstellung zum Leben und Sterben betrifft und sehr viele unterschiedliche Interessen berücksichtigt werden müssen. Der Suizid ist für jeden einzelnen Menschen ein grundsätzliches Problem, das er mit seinem Glauben und seinem Gewissen zu vereinbaren hat. Die Beihilfe zum Suizid sowie die Sterbehilfe in all ihren Formen wären aus ethischen Gründen generell abzulehnen, wobei jedoch Ausnahmen für Extremfälle, die in der Arbeit aufgezeigt wurden, gesetzlich festgelegt werden könnten. Einen bedenkenswerten Ansatz bietet hier Dieter Birnbacher an, der die Sterbehilfe ausschließlich als ultima ratio – also nach Ausschöpfung aller therapeutischen und palliativen Möglichkeiten – und nur sterbenskranken Menschen zugestehen will. Hier wird der Intention, die eigentlich hinter der Sterbehilfe stehen sollte, Rechnung getragen, sterbenskranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Auch eine genaue und umfassende Regelung der passiven

Sterbehilfe durch Unterlassen von unnützen medizinischen Aktivitäten wäre ein Ansatz, der eine Unterstützung eines menschenwürdigen Sterbens im Sterbeprozess erlauben würde, ohne missbräuchlichen Übergriffen eine Chance zu bieten.

Lebenslauf

Name: Jutta Mayr

Geburtsdatum und –ort: 20. Jänner 1957 in Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

Schul Ausbildung: 1972 – 1975 Handelsschule in Wien
1977 – 1982 Handelsakademie / Abendschule in Wien
1983 Berufsreifeprüfung in Wien
1986 – 1996 Studium der Rechtswissenschaften
berufsbegleitend an der Universität in Wien

Seit 1976 durchgehend berufstätig.

Derzeit beschäftigt bei: BAWAG P.S.K. Bank für Arbeit und Wirtschaft
Und Österreichische Postsparkasse AG.

Studium: Seit 2007 Philosophiestudium an der Universität
Wien